



Морфологические Изменения Внутри И Внепеченочных Протоков, И Сфинктеров У Больных С Желчекаменной Болезнью, Постхолецистэктомии

1. Ахмедов Ф. Х.
2. Хамдамова М. Т.

Received 27th Aug 2021,
Accepted 29th Sep 2021,
Online 29th Oct 2021

^{1,2} Бухарский государственный
медицинский институт, Бухарский
филиал РНЦЭМП

Резюме: Применение ультразвукового исследования желчнокаменной болезни позволяет в кратчайшие сроки поставить правильный диагноз определить последующую лечебную тактику, морфологические изменения внутри и внепеченочных протоков, своевременно начать консервативное или хирургическое лечение. Своевременная диагностика поражения желчевыводящих путей, застоя внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков.

Ключевые слова: Ультразвуковая исследования, холецистит, желчный пузырь, желчевыводящие пути, желчнокаменной болезни

Актуальность. Применение УЗИ для улучшения диагностики ЖКБ, патология внутрипеченочных протоков, объективизация показаний к срочной операции и снижено количество “вынужденных вмешательств”.

Отбор больных для лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) по официальному алгоритму и прогнозировано степени предстоящих технических трудностей эндовизиохирургического вмешательства по ультразвуковым критериям.

Цель исследования. Изучение морфофункциональные изменения внутри и внепеченочных желчных путей при желчнокаменной болезни.

Материалы и методы исследования. Материалы собраны из истории болезни пациентов хирургического отделения РНЦЭМП БФ с диагнозом острый желчнокаменной болезни, статические обработки и критерий достоверности разница показателей. УЗИ аппараты Mindray 6600, EsaoteMyLabX6, EsaoteMyLab 40.

Результаты исследования. По данным ВОЗ желчекаменной болезнью (ЖКБ) страдает от 12 до 15% населения. Наиболее радикальным методом лечения до настоящего времени остается операция холецистэктомия [1].

Желчные камни встречаются у лиц пикнического телосложения, склонность к полноте. Избыточная масса тела наблюдается приблизительно у 2/3 больных. При образовании камней в желчном пузыре способствуют два фактора, это эндогенные и экзогенные [2].

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) самое распространенное заболевание желудочно-кишечного тракта, которое имеет четкую тенденцию к росту. Несмотря на решение тактической и

технической вопросов связанных с диагностикой и лечением желчекаменной болезни, данная патология сохраняет свое место в ряду проблем хирургии органов брюшной полости.[3]. В последние годы увеличелся количества лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). В структуре неотложной экстренной медицинской помощи острый калькулёзный холецистит (ОКХ) занимает третье место после острого аппендицита и острого панкреатита, больные с ОКХ составляют около 20- 50 % общего число больных с хирургическими заболеваниями. При ЖКБ поражается желчевыводящие пути и протоки, и большой сосочок двенадцатиперстной кишки [5] .

В Бухарском филиале РНЦЭМ было госпитализировано 2018 году 1363 больных, 2019 году 1420 больных, 2020 году 1184 больных с ЖКБ острый калькулёзный холецистит, острый холециститом, холангитом. Большую проблему представляет своевременная диагностика поражение желчевыводящих протоков и путей которые отмечается у больных с патологией билиарной системы, актуальной проблемой является диагностика застоя внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков у больных в разные сроки после операции холецистэктомии.

Таким образом заслуживает внимание мнение о том, что функциональные расстройства сфинктерного аппарата желчевыводящих путей являются патогенетическим звеном в развитии ЖКБ и имеют тенденцию к прогрессированию после оперативного лечения [6]. Очевидно многие исследователи направляют свои усилия на своевременную диагностику нарушений моторики сфинктера Одди и, исходя из результатов, стремятся выработать оптимальную стратегию и алгоритм лечения больных с ПХЭС. Клиническая картина проявлений ПХЭС обладает настолько широким полиморфизмом, что трудно поддается систематизации. С нарушением проходимости внепеченочных желчных путей заключается в дооперационном устранении явлений механической желтухи (обычно путем эндоскопической папиллосфинктеротомии) и вторым этапом – выполнение холецистэктомии. Однако этому варианту лечения довольно часто препятствует ряд причин –анатомические, тактические, технические, организационные [7].

Некоторые авторы выделяют несколько вариантов течения ПХЭС: диспепсический, болевой, желтушный и асимптомный варианты. Многочисленные современные исследования продемонстрировали что практически у всех больных с ЖКБ имеются морфологические и функциональные нарушения гепатоцитов что является основной причиной дисхолии, ведущей к формированию литогенной желчи и развитию билиарной недостаточности. Удаление желчного пузыря с выпадением его концентрационной функции не устраняет данные нарушения, а напротив, способствует их прогрессированию [8].

Морфологические основы развития измененной области большого дуоденального сосочка (БДС) у пациентов с холелитиазом определяют частоту и структуру измененной в панкреатобилиарной зоне при ЖКБ [9].

В основе контроля функционирования желчевыводящих путей как и других систем организма, лежит разное уровневая регуляция. Очевидно оперативные вмешательства приводят к существенным изменениям механизмов функционирования этой системы. Экспериментальные и клинические наблюдения свидетельствуют о том, что удаление функционирующего желчного пузыря приводит к нарушению работы сфинктерного аппарата желчных путей, поскольку желчный пузырь является координатором его деятельности[10]

Список литературы:

1. Абдуллоев Д.А. Комплексная диагностика и лечение хронических нарушений дуоденальной проходимости при калькулёзном холецистите/ Д.А. Абдуллоев, К.М. Курбонов// Вестник Авиценны. - 2009. - № 1. - С. 29-36.
2. Аралова М.В. Характер оперативных вмешательств при холедохолитиазе и его осложнениях/ М.В. Аралова, А.А. Глухов// Вестник новых медицинских технологий. 2010. - Т. 17, № 2. - С. 101-102.
3. Бадретдинова А.Р. Отдаленные результаты и качество жизни больных после плановой холецистэктомии (обзор литературы)/ А.Р. Бадретдинова, Р.Г. Сайфутдинов, Р.Ш. Шаймарданов// Общественное здоровье и здравоохранение - 2012. - № 3. - С. 68-71.
4. Бобоев Б.Д. Применение современных лучевых методов исследования в диагностике холедохолитиаза/ Б.Д. Бобоев, В.П. Морозов// Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. - 2010. - Т. 17, № 2. - С. 62-65.
5. Быстров С.А. Постхолецистэктомический синдром - новый подход к профилактике и лечению/ С.А. Быстров, Б.Н. Жуков// Медицинский альманах. - 2010. - № 1.- С. 142-145.
6. Винник Ю.С. Значение холецистокинина октапептида в развитии дисфункции сфинктера Одди неорганической этиологии после холецистэктомии у пациентов, оперированных по поводу калькулёзного холецистита/ Ю.С. Винник, Е.В. Серова// Пермский медицинский журнал. -2013. - Т. 30, № 5. - С. 78-85.
7. Клинико-морфологическая характеристика доброкачественных новообразований большого дуоденального сосочка у больных с постхолецистэктомическим синдромом/ Л.М. Михалева, С.Г. Шаповальянц, Н.А. Грачева и др.// Архив патологии. 2011. Т. 73, № 5. - С. 21-23.
8. Критерии диагностики постхолецистэктомического синдрома/ Ю.С. Винник, Е.В. Серова, А.А. Лейман и др.// Врач. - 2013. - № 6. - С. 26-30.
9. Canlas K.R Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in acute pancreatitis/ K.R. Canlas, M.S. Branch// World. J. Gastroenterol. - 2007. - Vol. 13, №47. - P. 6314-6320.
10. Young S.B. HIDA scan ejection fraction does not predict sphincter of Oddi hypertension or clinical outcome in patients with suspected chronic acalculous cholecystitis/ S.B. Young, M. Arregui, K. Singh// Surg. Endosc. 2006. - Vol.20, № 12 - P. 1872-187