

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра хирургических болезней № 3

**Утверждено на заседании кафедры
протокол № ___ от «___» _____ 2002г.**

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

**Учебно-методическая разработка для студентов Vi курса
(субординаторов-хирургов)**

Авторы: асс. Пузан А. Е., Лызиков А. А.,

Под редакцией зав. кафедрой доц. Шебушева Н. Г.

ГОМЕЛЬ, 2002

I. ВВЕДЕНИЕ.

По данным большинства авторов, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдают практически каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. Следует отметить, что в последние годы эти различия в заболеваемости нивелируются, особенно у пациентов пожилого возраста. Большинство авторов сходятся в мнении, что примерно четверть населения земного шара старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеют камни желчного пузыря. По данным статистики Западной Европы, у 10-15 % всего населения имеются камни в желчных путях. Например, в Швеции распространенность холелитиаза встречается у 38% населения, во Франции, Италии, Великобритании - у 8,10 и 25% соответственно. Вместе с тем отмечена тенденция роста заболеваемости у лиц молодого и среднего возраста. Таким образом, желчнокаменная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире.

Несмотря на то, что прошло более 100 лет с момента выполнения первой холецистэктомии (Landenbuch, 1882), метод хирургического лечения холелитиаза сохраняет ведущее значение, при этом число операций на желчевыводящих путях постоянно увеличивается, что связывают не только с ростом заболеваемости, но и с широким внедрением, малоинвазивных хирургических технологий. Достаточно отметить, что ежегодно в США выполняется более 600 тыс. холецистэктомий. В нашей стране эта операция по частоте занимает второе место, уступая первенство аппендэктомии.

Высокая частота заболевания сказывается и на увеличении летальности от осложнений, имеющих непосредственное отношение к наличию в желчных путях камней. Из 1000 умерших больных с различной патологией непосредственно от осложнений холелитиаза погибает 8,6%, а у 7,8% он является немаловажным отягощающим фактором. Вторым важным моментом актуальности изучения данной темы является разнообразие клинических вариантов течения болезни от бессимптомных форм (каменосительство) до осложненных, что требует знания как методов диагностики так и выбора тактики лечения в каждом конкретном случае заболевания.

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

Изучить:

- вопросы диагностики, клинического течения, выбора оптимальной лечебной тактики у больных ЖКБ и ее осложнениями;
- классификацию, диагностику, лечение и профилактику ПХЭС.

III. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Варианты клинического течения при неосложненной форме ЖКБ и лечебную тактику при этих формах.
2. Основные осложнения холецистита и ЖКБ, частоту их развития.
3. Современные методы обследования (инструментальные, лабораторные) больных при ЖКБ и ее осложнениях.
4. Основные заболевания, требующие проведения дифференциальной диагностики с ЖКБ и ее осложнениями.
5. Современные подходы к выбору лечебной тактики при различных осложнениях ЖКБ, способы оперативных вмешательств и их исходы.

6. Частоту и причины развития ПХЭС. Современные методы диагностики, лечения и профилактики ПХЭС.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Составить алгоритм обследования больных при ЖКБ, различных ее осложнениях и ПХЭС.
2. Проводить дифференциальную диагностику ЖКБ и ее осложнений с другими заболеваниями органов брюшной полости, забрюшинного пространства и грудной клетки.
3. Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования в соответствии с клинической картиной заболевания.
4. Определять лечебную тактику при ЖКБ и ее осложнениях на основе клинико-anamnestических данных и результатов дополнительных методов исследования.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Пальпация печени и желчного пузыря, определение границ печени по Курлову.
2. Выявление основных симптомов острого холецистита (Ортнера-Грекова, Мерфи, Кера, Мюсси-Георгиевского, Спектора, с-м "кашля", Щеткина-Блюмберга). Выявление симптома Курвуазье.
3. Чтение рентгенограмм, интерпретация УЗИ-томограмм.
4. Техника блокады круглой связки печени, паранефральной блокады.
5. Ассистирование при операциях.

IV. ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Варианты клинического течения и показания к оперативному лечению у больных с неосложненной формой ЖКБ.
2. Неоперативные методы лечения ЖКБ, их клиническая значимость.
3. Острый калькулезный холецистит и его осложнения (желчный перитонит, перивезикальный инфильтрат, абсцесс): классификация, клиника, диагностика, тактика лечения и способы оперативных вмешательств.
4. Рубцово-сморщенный желчный пузырь, водянка, эмпиема желчного пузыря: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. Холедохолитиаз: частота, варианты клинического течения, способы до- и интраоперационной диагностики, лечебная тактика, виды оперативных вмешательств.
6. Холангит: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, тактика лечения, осложнения (сепсис, абсцессы печени).
7. Желтуха: причины, дифференциальная диагностика, способы лабораторной и инструментальной диагностики, тактика и сроки оперативного вмешательства при механической желтухе, его объем, предоперационная подготовка.
8. ПХЭС: частота, причины, способы диагностики, методы лечения в зависимости от выявленных причин его, методы профилактики.

V. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре (холецистолитиаз),

реже - в желчных протоках (холедохолитиаз).

Это одно из широко распространенных заболеваний. Частота холелитиаза в развитых странах Европы и Америки достигает 10 - 15% и значительно повышается с возрастом - с 4-5% в возрасте 30-40 лет до 35% в возрастной группе свыше 70 лет. Соотношение женщин и мужчин, страдающих ЖКБ, составляет в среднем 4:1, уменьшаясь в старших возрастных группах. Частота заболеваемости по г. Минску составляет у женщин 49,1%, у мужчин - 15,5%.

Морфологическим субстратом ЖКБ являются камни желчного пузыря в 75%, внепеченочных желчевыводящих путей в 23% и внутripеченочных желчных протоков в 1% случаев. Их количество может варьировать от 1 до нескольких тысяч, а размеры - от песчинки до 6-8 см в диаметре. По химическому составу около 90 % камней являются холестериновыми (содержание холестерина превышает 50%) или смешанными (содержание холестерина - 20-50%), остальные 10% камней пигментные.

В этиопатогенезе образования конкрементов выделяют три основные причины: нарушение обмена веществ, воспалительные изменения эпителия желчного пузыря и застой желчи.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

1. Бессимптомная (латентная, камненосительство). У 70-80 % больных камни желчного пузыря не вызывают никаких жалоб. Риск развития билиарной боли у асимптомного носителя желчных камней составляет 1-4% в год, а риск развития билиарных осложнений - 0,1-0,4% в год.
2. Диспепсическая форма.
3. Хроническая болевая.
4. Хроническая рецидивирующая (хронический калькулезный холецистит).
5. Осложненная форма.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖКБ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ.

А. Рентгенологические:

1. Обзорная рентгенография области печени и желчных путей.
2. Непрямое контрастирование желчных путей:
 - оральная холецистография;
 - внутривенная холецистохолангиография;
3. Прямое контрастирование желчных путей:
 - чрескожные способы;
 - интраоперационная холангиография;
 - фистулохолангиография;
 - ЭРХПГ;
 - комбинированные способы прямого контрастирования.
4. Дуоденография (релаксационная дуоденография).
5. Компьютерная томография.

Б. Ультразвуковая диагностика.

В. Радиоизотопные методы исследования.

Г. Лапароскопия.

Инструментальные методы исследования желчевыводящих путей во время операции:

1. Интраоперационная холангиография.

2. Холангиоманометрия.
3. Дебитохолангиометрия.
4. Холедохоскопия.
5. Зондирование желчных протоков (зонды Долиотти с диаметром от 1 до 5 мм)
6. Интраоперационное ультразвуковое исследование.
7. Трансиллюминация желчных протоков.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ЖКБ.

1. Бессимптомные ("немые") камни желчного пузыря обычно требуют выжидательной тактики, поскольку у большинства больных никогда не развиваются выраженные симптомы или осложнения болезни. Исключение составляют больные с сахарным диабетом у которых высок риск развития острого холецистита.

2. Симптоматические камни желчного пузыря подлежат хирургическому лечению, при котором методом выбора является холецистэктомия: "открытая", из "минидоступа", лапароскопическая.

3. Больным отказывающимся от операции или имеющим к ней противопоказания возможно проведение различных вариантов неоперативного лечения:

- пероральная терапия желчными кислотами (хенофальк);
- экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия;
- местное растворение камней с помощью введения эфира метилтербутила (метод предусматривает катетеризацию желчного пузыря ретроградным или чрезпеченочным доступом, после чего в него вводится растворитель).

ОСЛОЖНЕНИЯ ЖКБ И КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Неспецифическое воспаление желчного пузыря. В 90-95% случаев острый холецистит развивается при обструкции камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока. Патогенез острого воспалительного процесса, болевого синдрома обусловлен сильным перерастяжением полости желчного пузыря. Кроме нарушения оттока желчи, в перирастянутом пузыре нарушаются циркуляция крови в сосудах, кровоснабжение стенки. Перерастяжение кровеносных сосудов - один из факторов развития деструктивных изменений в стенке пузыря как результат нарушения питания. Позже возникает инфильтрация нейтрофилами, обусловленная бактериями, изначально содержащихся в желчном пузыре (в 20-30%) или проникновении инфекции по протокам, гематогенным или лимфогенным путем.

Клинико-морфологическая классификация острого холецистита.

1. Неосложненный (калькулезный, бескаменный):
 - катаральный;
 - флегмонозный;
 - гангренозный.
2. Осложненный:
 - околопузырным инфильтратом;
 - околопузырным абсцессом;
 - эмпиемой желчного пузыря;
 - прободением пузыря;
 - желчным перитонитом (без видимой перфорации);
 - механической желтухой;

- холангитом, абсцессы печени;
- наружным или внутренним свищем;
- острым панкреатитом.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.

А. В остром периоде:

1. Клинический анализ крови с динамикой количества лейкоцитов и динамикой формулы крови.
2. Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, мочевины, фибриноген, сахар крови, содержание ферментов (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ЛДГ (V фракция), амилаза).
3. Коагулограмма.
4. Анализ мочи с динамикой уроамилазы.
5. Группа крови и резус-фактор.
6. Рентгеноскопия грудной клетки.
7. УЗИ (печени, желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, почек).
8. ЭКГ и консультация терапевта.

В. После стихания острых воспалительных явлений:

1. Внутривенная или пероральная холецистохолангиография (если данные эхо-томографии нечеткие).
2. ФГДС или рентгенологическое контрастное исследование желудка или двенадцатиперстной кишки.
3. ЭРХПГ (по показаниям).

Дифференциальный диагноз.

Проводят с острым аппендицитом, язвой желудка или 12-перстной кишки, острым панкреатитом, острой кишечной непроходимостью, почечной коликой, правосторонней плевропневмонией, инфарктом миокарда, гепатитом, инфекционными заболеваниями.

Лечебная тактика.

Основные положения по лечебной тактике при остром холецистите были выработаны на VI и дополнены на XV пленумах Правления Всесоюзного общества хирургов (Ленинград, 1956 и Кишенев, 1976). Согласно этим положениям тактика хирурга при остром холецистите должна быть активно-выжидательной. Основные принципы этой тактики состоят в следующем:

1. Все больные с острым холециститом в обязательном порядке должны госпитализироваться в хирургические стационары и рассматриваться как больные с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

2. По клиническому течению и эффективности консервативного лечения больные разделены на три основные группы и даны принципы соответствующей хирургической тактики:

- показанием к экстренной операции, которая выполняется в первые 2-3 часа с момента госпитализации, является гангренозный и прободный холецистит, а также холецистит, осложненный диффузным или разлитым перитонитом.
- показанием к срочной операции (спустя 24-48 ч) являются отсутствие эффекта от консервативного лечения при сохранении симптомов интоксикации и местных перитонеальных явлений, а также случаи нарастания общей интоксикации и

появления симптомов раздражения брюшины, что свидетельствует о прогрессировании воспалительных изменений в желчном пузыре и брюшной полости.

- при отсутствии симптомов интоксикации и местных перитонеальных явлений больным проводится консервативное лечение. Если в результате консервативных мероприятий удастся купировать воспалительный процесс в ближайшие 24 часа, вопрос об операции у этих больных решается индивидуально после всестороннего клинического обследования. Оперативное вмешательство у данной категории больных выполняется в "холодный" период не выписывая из стационара через 7-12 дней.

ПЕРИВЕЗИКАЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ И АБСЦЕСС.

Отграниченный перитонит в большинстве случаев ведет к формированию воспалительного инфильтрата. Околопузырный инфильтрат выявляются на 3-4 день заболевания. Клинически он характеризуется наличием в правом подреберье плотного образования, неподвижного, с четкими границами. При тенденции у стиханию воспалительного процесса и рассасыванию инфильтрата уменьшаются боли в животе, исчезают перитонеальные симптомы, уменьшается лейкоцитоз, нормализуется температура. Полное рассасывание инфильтрата при медикаментозной терапии происходит через 1,5 - 2 недели. При вирулентной инфекции возможно прогрессирование воспалительного процесса и образование околопузырного абсцесса. Кроме того абсцессы могут быть внутривнутрипеченочные, поддиафрагмальные, подпеченочные, сальниковой сумки (при сочетании с панкреонекрозом). При наличии перивезикального инфильтрата выполнение холецистэктомии в ряде случаев очень сложно, при этом используют различные способы холецистэктомии (комбинированная, по С.П.Федорову (на пальце), по Литтману (на зонде), "мукоклазия" (коагуляция слизистой пузыря). При наличии абсцесса производится пункция абсцесса, эвакуация гноя электроотсосом, затем тупым путем вскрывается абсцесс, полость его санируется и выполняется холецистэктомия. Операция заканчивается тампонированием полости абсцесса.

ХОЛАНГИТ.

Классификация.

по этиологии:

- бактериальный;
- гельминтозный;
- токсический и токсико-аллергический;
- вирусный;
- аутоиммунный.

по течению:

- острый;
- хронический.

по патогенезу:

- первичный (бактериальный, гельминтозный, аутоиммунный);
- вторичный:
 - на фоне подпеченочного холестаза (стриктуры, стенозы, холедохолитиаз, опухоли)
 - на почве заболеваний без подпеченочного холестаза (билиодигестивных анастомозов, недостаточность сфинктера Одди, послеоперационный холангит, холестатический гепатит и билиарный цирроз печени).

по характеру воспаления:

- катаральный;
- фибринозный;
- гнойный.

Первичные холангиты рассматриваются как самостоятельное осложнение. Они сочетаются с абсцессами печени, сепсисом. Вторичные холангиты как осложнение ЖКБ и холецистита и чаще протекают по типу слабовыраженного катарального воспаления и морфологически даже на операции себя не проявляет. Гнойный холангит, осложняющий течение острого холецистита, может развиваться в результате прямого перехода воспалительного процесса с желчного пузыря на внепеченочные желчные протоки, а чаще всего он возникает при обтурации протоков - обтурационный холангит, вследствие стойкого желчного стаза. При этом процесс может быстро распространяться на внутриспеченочные протоки с образованием абсцессов печени или генерализацией инфекции с развитием септического шока. Гнойные холангиты протекают с выраженной клинической картиной заболевания. Появлению клинических признаков холангита в большинстве случаев предшествует приступ печеночной колики, который вызывается закупоркой камнем терминального отдела холедоха или БДС, а также обострением стенозирующего папиллита. Приступ печеночной колики сопровождается ознобом и повышением температуры тела до 38-39°C. На следующий день после приступа появляются симптомы непроходимости желчных протоков: желтуха, темная моча, несколько позже - светлый кал. Характерным для гнойного холангита является триада клинических признаков: нарастающее желтушное окрашивание кожи и склер, ознобы с периодическим подъемом температуры до 38-39°C (гектического характера), болезненная увеличенная печень. Прогрессирующее течение гнойного холангита приводит к развитию недостаточности функции печени и почек. Гнойные холангиты, осложняющие течение острого холецистита, дают наиболее высокую смертность.

Лечебная тактика:

- при наличии острого холецистита, осложненного холангитом и перитонитом - неотложная операция;
- при стихании приступа острого холецистита, но нарастании желтухи срочная операция в первые 2 суток;
- при купировании острого холецистита и убывающей невыраженной желтухе - ранняя операция в холодном периоде.

Оперативное вмешательство заключается в исследовании проходимости внепеченочных желчных протоков (для исключения причин холангита - стриктура, камень). В случае проходимости протоков показано наружное дренирование с целью санации протоков антибиотиками. Всякое сомнение в проходимости служит показанием к наложению билиодигестивного анастомоза.

СТЕНОЗ БДС.

Классификация.

по этиологии:

- первичные (врожденные);
- вторичные (приобретенные).

по степени сужения:

- 1 ст. - сужение без функциональных нарушений (компенсированный);
- 2 ст. - выраженное сужение с незначительным расширением протоков до 12-15 мм (субкомпенсированный);
- 3 ст. - выраженный стеноз с холестазом (декомпенсированный);

Причины вторичного стеноза: рефлекторные стенозы при воспалительных поражениях поджелудочной железы, результат холангита, механическое воздействие (холедохолитиаз),

повреждение БДС во время операции, язвенная болезнь 12 п.к., парафателлярные дивертикулы и др.

Лечение - оперативное. Используют различные варианты внутреннего дренирования: холедоходуодено-(еюно)стомия, папиллосфинктеротомия (эндоскопическая, эндохоледохеальная, трансдуоденальная, комбинированная).

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ.

Холедохолитиаз возникает при прохождении желчных камней из пузыря в общий проток или значительно реже самостоятельное их образование там, особенно при наличии стаза, вызванного обструкцией протока. Камни в общем желчном протоке могут быть одиночными и множественными. Их выявляют при холецистэктомии в 10-20% случаев. Клиническая картина холедохолитиаза довольно разнообразна. Это зависит от расположения камней в желчных протоках, патологических изменениях в них, поджелудочной железе, пузыре, печени. Основным признаком холедохолитиаза - сильные приступы болей в эпигастриальной области и правом подреберье с характерной иррадиацией в поясницу, надплечье. После каждого приступа обычно появляется иктеричность. Приступы могут сочетаться с клиникой острого холецистита. Заключительный аккорд холелитиаза - развитие механической желтухи с типичными клинико-лабораторными проявлениями. Иногда желтуха носит ремиттирующий характер при наличии так называемого "вентильного" камня терминального отдела холедоха или БДС. Иногда холедохолитиаз протекает бессимптомно. Диагностические мероприятия включают УЗИ, ЭРХПГ, чрескожную чреспеченочную холангиографию, радиоизотопное сканирование, КТ.

Лечение - оперативное. Интраоперационная холангиография, холецистэктомия, холедохотомия, ревизия общего желчного протока, удаление камней. Операция завершается в зависимости от степени дилатации протоков, количества и размеров удаленных конкрементов, проходимости терминального отдела холедоха либо временным наружным дренированием, либо внутренним дренированием. Возможно использование эндоскопической папиллосфинктеротомии с удалением конкрементов из общего желчного протока.

ЖЕЛТУХА.

Является одним из основных симптомов ЖКБ или ее осложнений, встречается в 5-10% случаев. В практической деятельности приходится проводить дифференциальную диагностику в двух направлениях:

1. Дифференцировать с паренхиматозными заболеваниями печени;
2. Дифференцирование при механической желтухе (доброкачественная или опухолевая).

Причины механической желтухи:

А. Доброкачественные заболевания:

1. Холедохолитиаз;
2. Стеноз БДС;
3. Панкреатит (острый, хронический);
4. Рубцовая стриктура желчных путей;
5. Холангит;
6. Парафателлярные дивертикулы двенадцатиперстной кишки;
7. Паразитарные заболевания печени;
8. Прочие редкие причины (перихоледохеальный лимфаденит, дуоденостаз).

Б. Опухолевые заболевания:

1. Рак головки поджелудочной железы;

2. Рак БДС;
3. Рак внепеченочных желчных протоков;
4. Первичный рак печени;
5. Метастазы рака в печень.

План обследования больного:

- А. В первые сутки пребывания больного в стационаре:
1. Общий анализ крови;
 2. Общий анализ мочи + желчные пигменты + уроамилаза мочи;
 3. Коагулограмма;
 4. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, сахар крови, мочевины)
 5. Группа крови, резус-фактор;
 6. Анализ кала на стеркобилин;
 7. ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки.
- Б. При клиничко-лабораторном подтверждении механического характера желтухи на 2-3 день после поступления проводятся инструментальные методы исследования:
1. УЗИ;
 2. ФГДС и ЭРХПГ;
 3. Чрескожная чреспеченочная холангиография;
 4. Сканирование печени;
 5. Лапароскопия.
- В. При сомнительных клиничко-лабораторных и инструментальных данных необходима консультация врача-инфекциониста.
- Тактика ведения больных с механической желтухой:
- А. При нарастающей желтухе или неразрешающейся (по клиничко-лабораторным данным) показано:
1. С первого дня проведение инфузионной терапии, направленной на дезинтоксикацию, профилактику печеночно-почечных осложнений, устранение нарушений свертывающей системы крови.
 2. Консервативная терапия обязательно сочетается с инструментальными манипуляциями, направленными на разрешение желтухи. В зависимости от уровня обтурации желчных путей проводятся:
 - эндоскопическая папиллотомия;
 - чрескожная чреспеченочная холангиостомия;
 - назобилиарное дренирование желчных путей;
 - лапароскопическая микрохолецистостомия.
 3. При безуспешности консервативной терапии и инструментальных манипуляций показано срочное оперативное вмешательство на 4-6 сутки с момента поступления пациента в стационар. При резко выраженной механической желтухе необходима в течении суток предоперационная подготовка в условиях реанимационного отделения.
- Б. При разрешающейся желтухе после консервативной терапии и инструментальных мероприятий надо обследовать больного по указанном у выше плану с последующим оперативным вмешательством в плановом порядке.
- Выбор оперативного вмешательства зависит от причины, вызвавшей механическую желтуху.

ВОДЯНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Является исходом обтурации шейки или пузырного протока после перенесенного приступа острого холецистита (катарального). При этом в желчном пузыре происходит всасывание составных частей желчи, бактерии погибают, содержимое становится бесцветным, слизистого характера.

Клиника. Длительное время может существовать ничем себя не проявляя, кроме пальпации образования тугоэластической консистенции, округлой формы в месте проекции желчного пузыря. В ряде случаев при сохраненной сократительной функции могут отмечаться постоянные боли в правом подреберье, сочетающиеся с приступами желчной колики. Температура тела обычно не повышена. Диагностика. УЗИ, лапароскопия. Лечение. Показана плановая операция - холецистэктомия.

ЭМПИЕМА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.

Водянка желчного пузыря при проникновении инфекции эндогенным путем может закончиться его эмпиемой. В ряде случаев при консервативном лечении острого флегмонозного холецистита воспалительные явления в стенке желчного пузыря могут стихнуть, стенка склерозируется, утолщается, воспалительный процесс принимает хроническое течение - формируется хроническая эмпиема. Больные жалуются на тупые тянущие боли в правом подреберье, эпизодические повышения температуры тела до 37,8-38°C. Пальпаторно можно определить увеличенное, умеренно болезненное образование в правом подреберье. В крови, взятой в момент лихорадки, определяется лейкоцитоз. Эмпиема желчного пузыря - абсолютное показание к оперативному лечению.

РУБЦОВО-СМОРЩЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ.

Результат частых повторных, особенно деструктивных приступов острого холецистита. Основными критериями в диагностике даже на высоте острого приступа служат данные УЗИ, которые указывают на наличие конкрементов, значительное утолщение стенки желчного пузыря и резко уменьшенную его полость. Другие методы исследования, в том числе внутривенная холецистохолангиография малоинформативны. Лечение: хирургическое - холецистэктомия.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

Термином ПХЭС условно обозначают различного рода расстройства, общей чертой которых является боль в верхней половине живота, возникающая у больных в отдаленном периоде после операций на желчных путях. Частота ПХЭС после операций по поводу калькулезного холецистита составляет 10-20%, а после холецистэктомии по поводу бескаменного холецистита до 30%. Приблизительно у 60% больных ПХЭС обусловлен не выявленными и не скорректированными во время первичной операции заболеваниями билиарнопанкреатической системы.

Классификация:

- А. Нарушения, зависящие от основного процесса, неустранимого полностью при холецистэктомии или непосредственно зависящие от произведенной операции: Оставленные камни в желчных протоках (резидуальный холедохолитиаз); рецидив камнеобразования в желчных протоках; стеноз БДС; стриктуры холедоха; синдром культы пузырного протока; синдром недостаточности желчного пузыря; ятрогенные повреждения холедоха, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, что может приводить к рубцовому сужению протоков, образованию свищей; использование нерациональных вариантов желчеотводящих анастомозов и др.
- Б. Нарушения, связанные с заболеванием органов гепатопанкреатодуоденальной области: хронический гепатит; цирроз печени; хронический панкреатит; дискинезия

желчевыводящих путей; перихоледохеальный лимфаденит; опухоли билиарнопанкреатической области.

В. Нарушения, зависящие от сопутствующего поражения других органов: язвенная болезнь; хронический колит и энтероколит; мезентериальный лимфаденит; диафрагмальная грыжа; мочекаменная болезнь; нефроптоз; пиелит; солярит; невралгия; спондилез; пищевая аллергия; не известные причины боли.

Для выявления причин ПХЭС используют обычные методы исследования желчных путей. Кроме того необходимо тщательное обследование других органов и систем организма для исключения их патологии. Лечение: при выявлении органических поражений желчных протоков больным показана повторная операция. Характер операции зависит от конкретной причины, вызвавшей ПХЭС. Они в основном заключаются в удалении камней желчных протоков, сфинктеропластике, внутреннем дренировании и т.д. Лечение таких больных следует проводить в хирургических отделениях, оборудованных современной диагностической аппаратурой.

VI. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА УСВОЕНИЕМ ТЕМЫ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОГРАММИРОВАННОГО ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1. Какие признаки характерны для механической желтухи? 1) повышение прямого билирубина сыворотки крови; 2) повышение непрямого билирубина сыворотки крови; 3) билирубинурия; 4) гиперхолестеринемия; 5) повышение стеркобилина в кале. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 5; б) 1, 3, 4; в) 2, 3, 4; г) 2, 3, 4, 5; д) 2, 3.
2. Основным фактором, определяющим тактику хирурга при остром холецистите, является: а) повышение температуры тела; б) распространенность перитонита; в) сопутствующие заболевания; г) возраст больного; д) квалификация хирурга.
3. Больному с гангренозным холециститом показано: а) экстренная операция; б) отсроченная операция; в) консервативное лечение; г) операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии; д) принятие решения зависит возраста больного.
4. Острый холецистит может развиваться вследствие: 1) поступления в желчный пузырь инфицированной желчи; 2) застоя желчи в желчном пузыре; 3) наличия камней в желчном пузыре; 4) тромбоза пузырной артерии; 5) дуодено-гастрального рефлюкса. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2; б) 1, 2, 3, 4; в) 2, 4, 5; г) 3, 4; д) 4, 5.
5. Для клиники острого обтурационного холангита характерно: 1) желтуха; 2) озноб; 3) повышение щелочной фосфатазы в крови; 4) лейкоцитоз со сдвигом влево; 5) увеличение печени. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3, 5; б) 1, 2, 3, 4; в) 1, 2, 4, 5; г) все верно; д) все неверно.
6. Сужение дистального отдела холедоха диагностируется с помощью: а) эндоскопической ретроградной холангиографии; б) операционной холангиографии; в) инструментальным зондированием во время холедохотомии; г) холедохоскопией на операционном столе; д) все указанные выше.
7. Нормальный диаметр холедоха составляет: а) 3-5 мм; б) 6-8 мм; в) 9-11 мм; г) 8-12 мм; д) 5-12 мм.
8. Оптимальным методом диагностики неосложненной ЖКБ будет: а) ЭРХПГ; б) лапароскопия; в) УЗИ; г) чрезпеченочная холангиография; д) дуоденальное зондирование.

9. Для выявления камней во внепеченочных желчных протоках можно использовать: 1) УЗИ; 2) внутривенную холеграфию; 3) ЭРХПГ; 4) пероральную холецистографию; 5) обзорную РГ брюшной полости. Выберите лучшую комбинацию ответов: а) 1, 2; б) 1, 2, 3; в) 1, 3; г) 3, 4; д) 2, 4, 5.
10. Симптом Курвуазье характерен для: 1) хронического калькулезного холецистита; 2) рака головки поджелудочной железы; 3) острого панкреатита; 4) опухоли Фатерова соска; 5) цирроза печени. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 5; б) 3, 5; в) 2, 5; г) 2, 3, 5; д) 2, 4.
11. Чем можно объяснить перемежающуюся желтуху? а) вклиненным камнем терминального отдела холедоха; б) опухолью холедоха; в) камнем пузырного протока; г) вентильным камнем холедоха; д) множественными камнями желчного пузыря.
12. Назовите осложнения холелитиаза: 1) водянка желчного пузыря; 2) эмпиема желчного пузыря; 3) холангит; 4) хронический активный гепатит; 5) перфорация желчного пузыря, перитонит. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 5; б) 1, 2, 3, 5; в) 2, 3, 4, 5; г) 2, 3, 4; д) все верно.
13. Что не может обусловить механическую желтуху? а) рак головки поджелудочной железы; б) опухоль Фатерова соска; в) хронический индуративный панкреатит; г) камень пузырного протока; д) камень холедоха.
14. Точный диагноз острого холецистита можно поставить на основании: 1) жалоб больного; 2) анамнеза; 3) УЗИ желчного пузыря и поджелудочной железы; 4) инфузионной холангиографии; 5) ЭРХПГ. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 2, 4, 5; д) 4, 5.
15. При поражении какого отдела гепатобилиарной системы может возникнуть симптом Курвуазье: 1) рак головки поджелудочной железы; 2) рак дистального отдела холедоха; 3) рак общего печеночного протока; 4) рак Фатерова соска; 5) рак тела поджелудочной железы. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 5; б) 1, 2, 3; в) 1, 2, 5; г) 1, 2, 4; д) все верно.
16. Какое из осложнений ЖКБ требует экстренного оперативного вмешательства? а) разлитой перитонит; б) рубцовая стриктура холедоха; в) холедохолитиаз; г) кишечно-пузырный свищ; д) желтуха.
17. Показания к интраоперационной холангиографии: 1) обнаружение при пальпации конкрементов в холедохе; 2) подозрение на сужение Фатерова соска; 3) наличие желтухи до операции; 4) увеличение диаметра холедоха; 5) желтуха на момент операции. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 3, 4; в) 3, 4; г) 1, 3, 4, 5; д) все ответы верны.
18. Какое лечение показано больному с приступом желчной колики, вызванной камнями желчного пузыря? а) экстренная операция; б) консервативное лечение; в) срочная операция после купирования приступа; г) антиферментная терапия; д) лапароскопическая холецистэктомия.
19. Для механической желтухи на фоне холедохолитиаза характерно: 1) симптом Курвуазье; 2) повышение прямой фракции билирубина в крови; 3) высокие цифры щелочной фосфатазы; 4) резкое повышение уровня трансаминаз в плазме; 5) отсутствие стеркобилина в кале. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 2, 3, 5; д) 2, 4, 5.
20. Что не относится к интраоперационным методам обследования внепеченочных желчных путей? а) пальпация холедоха; б) холангиоманоматрия; в) внутривенная холеграфия; г) холедохоскопия; д) интраоперационная холангиография.
21. Когда в ходе операции показано вскрытие холедоха? 1) при дискинезии желчных

- путей; 2) при гнойном холангите; 3) при перфорации желчного пузыря; 4) при механической желтухе на момент операции; 5) при наличии пальпируемого камня в холедохе. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 4; б) 2, 3, 4; в) 2, 3, 4, 5; г) 2, 4, 5; д) все верно.
22. Что не характерно для печеночной колики? а) боли в правом подреберье с иррадиацией в спину; б) френикус-симптом; в) симптом Мерфи; г) выраженное напряжение мышц и болезненность в правом подреберье; д) симптом Ортнера.
23. Какой из перечисленных признаков является наиболее достоверным в диагностике ЖКБ? а) положительный симптом Курвуазье; б) положительный симптом Мерфи; в) наличие теней конкрементов на холангиограмме; г) повышение билирубина крови выше 30 ммоль/л; д) высокие уровни трансаминаз.
24. Для гангренозного холецистита характерны следующие симптомы: 1) уменьшение болей; 2) симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье; 3) отсутствие печеночной тупости; 4) тахикардия; 5) симптом Бартомье-Михельсона. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 2, 3; в) 2,3,4; г) 1, 2, 4; д) 3, 4, 5.
25. У больной поступившей в клинику с флегмонозным холециститом, в последующие 3 дня появились ознобы, желтуха, гипертермия. Симптомов перитонита нет. Какое осложнение могло развиться у больной? а) стеноз Фатерова соска; б) эмпиема желчного пузыря; в) пиелонефрит; г) перфоративный холецистит; д) холангит.
26. Чем может быть обусловлен постхолецистэктомический синдром? 1) рубцовым стенозом холедоха; 2) просмотренным при операции камнем Фатерова соска; 3) стенозом Фатерова соска; 4) резидуальным камнем холедоха; 5) длинной культей пузырного протока. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 3, 5; б) 1, 2, 4; в) 3, 4, 5; г) 2, 3, 4, 5; д) все верно.
27. Для уточнения характера желтухи и причины ее возникновения следует произвести: 1) РГ подпеченочного пространства; 2) инфузионную холецистохолангиографию; 3) чрезкожную чрезпеченочную холангиографию; 4) ЭРХПГ; 5) УЗИ. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 4; б) 2, 3, 5; в) 2, 4; г) 3, 4, 5; д) 3, 4.
28. Укажите наиболее тяжелое осложнение механической желтухи: а) нарушение всасывательной функции кишечника; б) снижение белковосинтезирующей функции печени; в) печеночно-почечная недостаточность; г) водянка желчного пузыря; д) отключенный желчный пузырь.
29. Для колики, вызванной холецистолилизом, характерно: 1) интенсифицированная боль в правом подреберье; 2) иррадиация болей в правую лопатку; 3) симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье; 4) симптом Ортнера; 5) высокая температура. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 4; б) 2, 3, 4; в) 4, 5; г) 3,4; д) 2, 3, 5.
30. Для клиники острого холангита характерно: 1) высокая температура; 2) боли в правом подреберье; 3) желтуха; 4) опоясывающие боли; 5) неустойчивый жидкий стул. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 4; б) 1, 2, 3; в) 3, 4, 5; г) 4, 5; д) 1, 4, 5.

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ, РАЗБИРАЕМЫХ НА ЗАНЯТИИ

1. Больную 38 лет третий раз за два последних года доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покровов. Билирубин крови 80,0 мкм/л. В моче билирубина нет. Кал частично обесцвечен. Решено больную

оперировать. Какая операция в данном случае будет выполнена? К какой интраоперационной диагностике следует обязательно прибегнуть?

2. Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше желчный проток не контрастируется и в двенадцатиперстную кишку контрастное вещество не поступает. Как вы расцениваете данные холангиограммы? Каковы ваши дальнейшие действия? Как вы закончите операцию?

3. Больной 65 лет в течение 20 лет страдал приступообразными болями в правом подреберье. Год назад перенес приступ острого холецистита. После консервативного лечения острые явления стихли. Больному была предложена плановая операция, от которой он отказался. В последующем беспокоили ноющие боли в правом подреберье. Сам определил у себя в этой области опухолевидное образование. При поступлении в клинику состояние больного удовлетворительное. При пальпации живота в правом подреберье определялось плотноэластическое малоблезненное подвижное образование размерами 10-8-8 см. Повышенная температура тела не отмечается. Ваш предварительный диагноз. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? План обследования и тактика лечения?

4. Больная 27 лет, повышенного питания, повар по профессии. Доставлена в клинику по экстренной помощи. 12 часов назад после погрешности в диете возникли сильные боли в правом подреберье, была несколько раз рвота. После приема спазмолитиков боли не утихли. В течении 4-х лет отмечает приступообразные боли в правом подреберье. Впервые приступ болей появился во время беременности. При поступлении состояние средней тяжести. Отмечается легкая желтушность кожи и склер (билирубин крови 56 мкм/л). Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет жировой клетчатки, напряжен и болезнен в эпигастрии и правом подреберье. Там же по среднеключичной линии нечетко пальпируется резко болезненное округлое образование. Симптомы раздражения брюшины неотчетливы. Температура тела 38,5°C. Лейкоцитов в крови 13,8 тыс. Амилаза мочи 1024 ед. (по Вольгемуту). Ваш диагноз? Какие можно использовать методы диагностики? Тактика лечения?

5. Больная 60 лет на протяжении 20 лет страдала приступами желчнокаменной болезни. Периодически возникали боли в верхней половине живота опоясывающего характера. Желтух не было. Во время операции обнаружен калькулезный холецистит, диаметр общего желчного протока увеличен до 18 мм, поджелудочная железа уплотнена. На операционных холангиограммах камней не видно, имеется конусовидное сужение в области большого дуоденального сосочка. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

6. Больная 67 лет длительно страдает желчнокаменной болезнью. Боли нередко носят опоясывающий характер, сопровождаются легкой желтухой. Во время операции обнаружен хронический калькулезный холецистит с множественными мелкими камнями. Холедох расширен до 20 мм. В его просвете определяются камни. Сделана продольная холедохотомия, удалено 5 камней различной величины. Головка поджелудочной железы плотная. На контрольной холангиограмме имеется тубулярный стеноз терминального отдела холедоха. Как следует закончить операцию?

7. Больная 71 года. Год назад перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Ревизия протоков во время операции не проводилась. Через 3 месяца после операции возобновились приступы болей, некоторые из них сопровождались кратковременной желтухой. Последний приступ болей начался сутки назад, был озноб, температура тела повысилась до 39°C. Отмечается желтуха. Состояние больной средней

тяжести. Амилаза мочи 256 ед. по Вольгемуту. Лейкоцитов в крови 15,4 тыс. Ваш диагноз? Какие методы уточняющей диагностики нужно применить? Тактика лечения?

8. Больная 35 лет доставлена в клинику через 1,5 месяца после холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита. Состояние больной тяжелое. Имеется ярко выраженная желтуха, периодически возникают ознобы и лихорадка до 38,6°C. Желтуха появилась на третий день после операции. С тех пор уровень билирубина крови стойко держится на высоких цифрах. Болей в животе нет. Гемоглобин крови - 104 г/л. Лейкоциты - 13,4 тыс, сегментоядерных - 68%, палочкоядерных - 12%. СОЭ - 48 мм/ч. Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какие методы уточняющей диагностики следует применить? Тактика лечения?

9. Больная 59 лет, тучная женщина, в течении 23 лет страдает желчнокаменной болезнью. В прошлом при холецистографии выявлены камни желчного пузыря. Последние 10 лет боли беспокоили мало. На протяжении последних 3 месяцев беспокоит сильная слабость, снижение аппетита, постоянные ноющие боли в правом подреберье, периодически повышается температура тела до 37,5-38°C. Похудела на 6 кг. При пальпации живота в правом подреберье определяется плотный малоболезненный инфильтрат, переходящий на увеличенную печень. Гемоглобин крови - 100 г/л; эритроциты - 3,1 мил.; лейкоцитов 10,0 тыс; СОЭ - 52 мм/ч. Ваш диагноз? Тактика лечения?

10. Больной 56 лет, длительно страдает калькулезным холециститом. Во время операции обнаружен склерозированный, наполненный камнями желчный пузырь, холедох расширен до 13 мм. Поджелудочная железа отечна. На малом сальнике и жировой клетчатке печеночно-двенадцатиперстной связки видны участки жирового некроза. В чем должна заключаться операция? Особенности лечения в послеоперационном периоде?

11. Больная 85 лет, длительно страдающая гипертонической болезнью, ИБС, постинфарктным кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II-B ст., доставлена в клинику в порядке экстренной помощи с жалобами на сильные боли в правом подреберье, тошноту, повышение температуры тела до 38,3°C. Длительность заболевания 3 дня. Состояние тяжелое. Имеется одышка в покое. Число дыханий 26 в мин., ЧСС - 110 в мин., отмечается экстрасистолия. Печень выступает из подреберья на 6-7 см, чувствительная. При пальпации определяется увеличенный и резко болезненный желчный пузырь. В правом подреберье положительны перитонеальные симптомы. На голенях и стопах определяется пастозность. Лейкоцитов в крови 15,4 тыс; сегментоядерных - 66%; палочкоядерных - 14%. Диагноз острого холецистита сомнения не вызывает. Ваша тактика?

12. Больная 60 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым диабетом и кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II-A ст. Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год, протекают тяжело. Однако, учитывая ряд серьезных противопоказаний, хирурги отказывали больной в оперативном вмешательстве. Неделю назад у больной начался очередной сильный болевой приступ, но в отличие от предыдущих, он сопровождался желтухой. Иктеричность появилась через сутки после начала приступа, а к моменту поступления в больницу желтуха была сильно выражена, билирубин крови составлял 156,3 мкм/л. Механический характер желтухи сомнения не вызывал. Несмотря на энергичное консервативное лечение желтуха нарастает. Что произошло с больной? Какова должна быть тактика лечения?

13. Больной 48 лет оперирован 1,5 мес назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита. Была произведена холецистэктомия. В желчном пузыре было большое количество мелких холестериновых камней. При ощупывании и зондировании общего желчного протока камней в нем не выявлено. Холангиография на операционном столе не производилась. Брюшная полость зашита с подведением тампона и дренажа, которые

удалены на 7-9 день после операции. Состояние больного было удовлетворительным. Но на 15 день после операции у него открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины не было. В сутки отделялось до 800 мл желчи. Общее состояние больного вначале особенно не страдало, но со временем у него появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 270,6 мкм/л. Реакция на стеркобилин в кале отрицательная. Что могло послужить причиной образования свища? Какова ваша тактика в лечении больного?

VII. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ И УИРС.

Цель работы:

- углубление основных теоретических знаний по данной теме;
- практическая отработка полученных знаний, совершенствование мануальных умений и навыков по диагностике ЖКБ и ее осложнений;
- индивидуальные упражнения в использовании приемов и навыков дифференциальной диагностики и выборе тактики лечения больных с ЖКБ и ее осложнениями.

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного с острым калькулезным холециститом. Для этого:
 - обратить внимание на сроки обращаемости за медицинской помощью, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении;
 - при поздней госпитализации, укажите предполагаемую причину этого;
 - ответьте на вопрос, достаточно ли полно и в какие сроки произведено обследование больного, обоснуйте свой ответ;
 - обратите внимание на показания, сроки выполнения и объем операции;
2. Составьте план обследования и определите лечебную тактику вновь поступившего больного с ЖКБ. Для этого:
 - обратите внимание на диагноз при поступлении, обоснуйте его, определите тяжесть состояния на момент госпитализации;
 - составьте план обследования с обоснованием каждого назначения;
 - определите тактику лечения больного, при необходимости оперативного лечения укажите объем предоперационной подготовки, сроков и способа операции;
 - составьте план послеоперационного лечения с указанием режима, диеты и медикаментозного лечения.
3. Проведите анализ истории болезни стационарного больного (учебной истории болезни) переведенного из инфекционной больницы в хирургическое отделение с механической желтухой. Для этого:
 - проанализируйте правильность предварительного и окончательного клинического диагноза;
 - обоснуйте причину перевода;
 - оцените лечебную тактику и внесите свои предложения;
 - оцените объем предложенного обследования и внесите свои предложения;
 - обоснуйте показания и сроки выполнения оперативного вмешательства.
4. Проведите анализ истории болезни больного с осложнением ЖКБ. Укажите возможную причину, развившегося осложнения (длительность течения заболевания, его клинические особенности, объем и методы предшествующего обследования и лечения).
5. Составьте алгоритм обследования больного с болями в правом подреберье.

6. Составьте алгоритм обследования больного с желтухой.
7. Работа в перевязочной, в кабинетах УЗИ и рентгенодиагностики, присутствие и ассистирование на операции.
8. Участие в дежурствах клиники по экстренной хирургии, осмотр больных в приемном отделении, поступающих с ЖКБ и ее осложнениями.
10. Подготовьте реферативные сообщения на темы:
 - "Лапароскопическая холецистэктомия";
 - "Способы дренирования внепеченочных желчных путей";
 - "Острая желчнокаменная кишечная непроходимость";
 - "Дифференциальная диагностика механической желтухи".
11. Проведите экспертную оценку истории болезни умершего больного с механической желтухой. Для этого:
 - сопоставьте клинический и патологоанатомический диагнозы;
 - проанализируйте течение заболевания в динамике, сопоставляя изменения клинических проявлений болезни с данными лабораторно-инструментальных исследований;
 - сделайте заключение о проводимой лечебной тактике и своевременности проведения операции;
 - определите, был ли возможен благоприятный исход заболевания, и при каких условиях.
12. Решение ситуационных задач.

VIII. ЛИТЕРАТУРА К ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

ОСНОВНАЯ

1. Хирургические болезни. Учебник по ред. Кузина М.И. Изд. второе. М., 1995.
2. Клиническая хирургия. Батвинков Н.И., Леонович С.И., Иоскевич Н.Н. Минск, "Вышэйшая школа", 1998.
3. Лекционный материал.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Гришин И.Н. Холецистэктомия. Минск, 1989.
2. Шалимов А.А. и соавт. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев, Здоров'я, 1993.
3. Нидерле Б. и соавт. Хирургия желчных путей. Авиценум 1982.