

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

Кафедра хирургических болезней № 3

**Утверждено на заседании кафедры
протокол № ___ от «___» _____ 200_ г.**

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

**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 г.

I. ВВЕДЕНИЕ

Первая холецистэктомия произведена в 1882 г. Уже через несколько лет после этого стали появляться больные с неудовлетворительными результатами операции. В последующем выяснилось, что число таких пациентов достигает 20—30% от всех оперированных на желчных путях, при этом клинические проявления патологического процесса носят самый разнообразный характер. По предложению американских хирургов с 30-х годов они стали называться "**постхолецистэктомическим синдромом**". Этим самым подчеркивалась связь с ранее выполненным вмешательством — удалением желчного пузыря. Однако изучение отдаленных результатов показало, что неудачи обусловлены прежде всего нераспознанными и некорригированными во время операции патологическими состояниями со стороны желчных протоков и других органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. В настоящее время термин "постхолецистэктомический синдром" объединяет различные заболевания желчевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, воспалительные процессы в области гепатопанкреато-дуоденальной зоны, а также поражения других органов, не имеющих отношения к билиарной системе.

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

В результате изучения темы студенты должны систематизировать знания по диагностике, лечебной тактике, получить сведения по современным хирургическим методам лечения постхолецистэктомического синдрома.

Изучение темы должно включать разбор 2—3 больных с постхолецистэктомическим синдромом различного происхождения.

III. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Причины, вызывающие постхолецистэктомический синдром (ПХЭС).
2. Варианты клинического течения ПХЭС.
3. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.
4. Современные подходы к выбору лечебной тактики при различных видах ПХЭС.
5. Виды операций, особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Составить алгоритм обследования больных с ПХЭС.
2. Проводить дифференциальную диагностику ПХЭС с другими заболеваниями.
3. Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования в соответствии с клинической картиной заболевания.
4. Определить лечебную тактику при ПХЭС.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Пальпация печени и желчного пузыря, определение границ печени по Курлову.
2. Пальпация и определение размеров селезенки.
3. Чтение рентгенограмм, интерпретация данных УЗИ.
4. Техника блокады круглой связки печени, паранефральной блокады.
5. Ассистенция на операциях

IV. ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Причины развития постхолецистэктомического синдрома.
2. Особенности клинической картины различных вариантов постхолецистэктомического синдрома (холедохолитиаз, папиллостеноз, хронический панкреатит, дуоденостаз и др.).
3. Осложнения заболевания (механическая желтуха, холангит, билиарный цирроз печени и др.).
4. Биохимические, инструментальные, лабораторные методы обследования.
5. Принципы лечебной тактики и методы консервативного лечения постхолецистэктомического синдрома.
6. Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.

V. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ.

Предложено много классификаций ПХЭС, в большинстве которых предпринимается попытка распределить больных в зависимости от возможной причины возникших расстройств после холецистэктомии.



Выделяют:

I. Заболевания желчных протоков и большого дуоденального сосочка:

- 1) камни желчных протоков и большого дуоденального сосочка;
- 2) изолированный стеноз большого дуоденального сосочка;
- 3) недостаточность большого дуоденального сосочка;
- 4) стриктуры внутри- и внепеченочных желчных протоков;
- 5) стриктуры билиодигестивных анастомозов;
- 6) длинная культя пузырного протока;
- 7) "остаточный" желчный пузырь;
- 8) кистозное расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков;
- 9) опухоли желчных протоков и большого дуоденального сосочка.

II. Заболевания печени и поджелудочной железы:

- 1) острый и хронический гепатит;
- 2) билиарный цирроз печени;
- 3) паразитарные заболевания печени;
- 4) опухоли и кисты печени;
- 5) хронический панкреатит;
- 6) опухоли и кисты поджелудочной железы.

III. Заболевания желудочно-кишечного тракта:

- 1) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 2) гастрит, гастродуоденит;
- 3) хронический колит;
- 4) дивертикулы кишечника;
- 5) хроническая дуоденальная непроходимость;
- 6) опухоли желудка и кишечника.

IV. Заболевания других органов и систем:

- 1) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- 2) почечнокаменная болезнь, нефроптоз;
- 3) деформирующий спондилоартроз;
- 4) хронический ишемический синдром брюшной полости;
- 5) другие заболевания.

Другие авторы предлагают несложную рабочую классификацию ПХЭС, облегчающую целенаправленное обследование больных, чем приходится заниматься каждому врачу, к которому обращается с жалобами больной после холецистэктомии. В конечном итоге устанавливаются причины ПХЭС. Если соблюдать определенную систему обследования, то выяснение всех этих причин ПХЭС не составит значительных сложностей. На протяжении многих лет практической работы выработаны подходы к распознаванию ПХЭС.

Схема проста, все больные с ПХЭС легко распределяются на 3 группы.

1 - лица с наружным желчным свищом, развившимися после операции или появившимися через некоторое время после нее.

2 - больные, поступающие в состоянии желтухи или с данными об имевшей место кратковременной желтухе (желтуха в анамнезе), обычно связана с болевыми при-

ступами в верхней половине живота.

3 - остальные больные, т.е. лица с болями в животе и диспептическими расстройствами после удаления желчного пузыря, но без наружного желчного свища и желтухи. Характер болей в животе у больных с ПХЭС может быть разным - как типичные болевые приступы с известными чертами печеночной или панкреатической колики, так и со смазанной картиной колики или без нее. Почти у всех больных отмечаются диспептические расстройства в той или иной степени выраженности.

У больных с наружным желчным свищом вопросы диагностики быстро объективного и спорно решаются с помощью холецистулографии. В ряде случаев желчный свищ появляется после холецистэктомии и не заживает, но чаще бывает связан с холедохотомией и наружным дренированием протоков. Стойкость свища заставляет выяснить причину его незаживления. В эту группу включены больные, у которых свищ не заживал в течение одного месяца. Выявленные **причины наружного желчного свища**: холедохолитиаз, структуры протоков, рак органов билиопанкреатической области, стенозирующий папиллит и другие (холангит, панкреонекроз, инфильтрат). Наружные желчные свищи развились в основном в связи с оставленными в протоках камнями (70-80%), неустраненными структурами протоков и возникшими ятрогенными повреждениями их (15-20%). Необходимость оперировать таких больных или удалять у них камни протоков неоперативным путем через свищевый ход или рассеченный дуоденальный сосок очень высока (более 95%).

Больных второй группы следует разделить на две подгруппы - поступающих в состоянии **желтухи и с желтухами в анамнезе**. При обследовании больных с ПХЭС в состоянии желтухи в настоящее время диагностические возможности расширились за счет УЗИ, РХПГ, ЧЧХ, КТ, а также ЯМР. Используя эти методы и прежде всего УЗИ, РХПГ, ЧЧХ, можно точно и быстро выяснить причину желтухи. Наиболее **частыми причинами желтухи** были камни в желчных протоках (20-30%), структуры протоков (15-20%), и последствия их случайного повреждения при холецистэктомии (10-15%). Более редкими причинами желтухи оказались холангит, опухоли желчных протоков, поджелудочной железы и большого дуоденального соска, цирроз печени, стенозирующий папиллит, у 80% больных этой группы необходимы повторные операции. Важно подчеркнуть, что у 20% больных с ПХЭС при наличии желтухи операция не показана и даже вредна, т.к. высокий уровень билирубинемии связан у них с гепатитом, циррозом печени, панкреатитом и др. Необходимо соблюдать принципы онкологической настороженности у больных с ПХЭС и механической желтухой.

Выявленные **причины болевых приступов в животе с кратковременной желтухой** (желтуха в анамнезе) после перенесенной холецистэктомии чаще всего составляют: холедохолитиаз (35-40%), хронический панкреатит (20-25%), холангит, стенозирующий папиллит, избыточно длинная культя пузырного протока, цирроз печени, язва 12-перстной кишки, склерозирующий холангит, рак поджелудочной железы и другие.

Третья группа больных с ПХЭС - это лица, у которых возникают **болевые приступы в животе без желтух и нет наружного желчного свища**. Практи-

ка показала, что, распознавая причину расстройств у них, важно **знать ширину внепеченочных желчных протоков**, в связи с этим надо выделять лиц с широким общим желчным протоком (внутренний диаметр превышает 10 мм) и нешироким (менее 10 мм). Это деление условно и практически большую часть больных первой группы составляют лица с диаметром общего желчного протока 15-20 мм и более, а во второй группе - обычно 5-7 мм и менее. Конечно, важно знать, диаметр протока у больных до операции или во время операции, что будет свидетельствовать о расширении протоков после операции или отсутствие таких изменений. **Расширение протоков**, как правило, - важное доказательство **билиарной гипертензии**, которое не всегда протекает с видимой желтухой. Достаточно точные сведения были получены с помощью УЗИ, в/венной холеграфии и рентгенологического исследования желудка и кишечника. **Причиной болевых приступов** в животе у лиц с **широкими желчными протоками без желтухи** - следующие: хронический панкреатит - 30-35%, холедохолитиаз - 25-30%, хронический гастрит, гастродуоденит, стенозирующий папиллит, язва 12-перстной кишки, рак поджелудочной железы и др. Необходимость в активных методах лечения меньше, чем в предыдущих группах. Но все-таки у каждого второго больного она может быть реальной.

Группа лиц с жалобами на **боли в животе и диспептические расстройства** после холецистэктомии без желтухи и наружного желчного свища с **неширокими желчными протоками** наибольшая по численности, а необходимость в хирургических методах лечения у них наименьшая. У лиц этой группы выявляются самые разнообразные заболевания, психоневрологические расстройства, климакс, наркомания, стенокардия, спондилоартроз и другие. Но вместе с тем нужно подчеркнуть, что, хотя и редко, могут выявиться даже в нерасширенных желчных протоках камни, что отмечено у 3% больных этой группы.

Итак, распределение больных на 3 основные группы позволяют проводить обследование и нацеливает на определенную частоту тех или иных билиопанкреатических патологических изменений и иных заболеваний, что уточняется с помощью современных методов объективной диагностики.

Необходимость в активных в том числе и оперативных вмешательствах этих группах различна и колеблется от 10-90%.

Повторные восстановительные и реконструктивные операции на желчных путях

Повторные операции на желчных путях нередко связаны с большими техническими сложностями, которые требуют от хирурга соответствующего опыта в области гепато-билиарной хирургии. Поэтому они должны выполняться в специализированных учреждениях, имеющих необходимые условия для коррекции нарушенных функций желчных путей в самых трудных ситуациях. Допущенные во время операции технические погрешности являются одной из причин многократных повторных вмешательств.

Прежде всего необходимо правильно оценить **показания к хирургическому вмешательству**. Оно выполняется **при нарушении оттока желчи**. Это может быть обусловлено **оставленными или вновь образованными конкрементами**,

стриктурами протоков, сдавлением их извне. Оперативному вмешательству подлежат больные с **острым, хроническим рецидивирующим холангитом**, который не поддается консервативному лечению. Значительную опасность представляют **стриктуры ранее наложенных билиодигестивных анастомозов.** В этих случаях заброс кишечного содержимого в желчные протоки постоянно поддерживает воспалительный процесс в них, приводит к формированию фиброза, а затем и цирроза печени. Все это свидетельствует о необходимости своевременного хирургического лечения указанных больных. Операция показана при установлении диагноза **стеноза БДС**, который сопровождается желчной гипертензией. Оперативное вмешательство производится при **стойких полных и неполных наружных, а также внутренних желчных свищах.** Особую группу составляют больные с **выраженным болевым синдромом**, причину которого выяснить невозможно. При исключении заболеваний других органов и систем многие из них подвергаются оперативному вмешательству, во время которого часто диагностируют панкреатит.

Различают: 1) **восстановительные** и 2) **реконструктивные** повторные операции на желчных путях. К первым относятся такие оперативные вмешательства, которые обеспечивают естественный пассаж желчи. При вторых отток желчи в кишечник осуществляется через билиодигестивные анастомозы.

Восстановительные операции.

При наличии единичных камней в гепатикохоledoхе производится его **вскрытие и удаление конкрементов.** В случае хорошей проходимости желчных протоков операция **заканчивается временным наружным их дренированием** или наложением глухого шва на стенку гепатикохоledoха. Последняя методика при повторных операциях применяется редко. Основным видом восстановительной операции является **папиллосфинктеротомия**, которая выполняется **при стенозе БДС в сочетании с ущемленным камнем в его ампуле или без этого.** Совершенствование техники указанной операции резко сократило число осложнений. Производится мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Затем через устье пузырного протока или холедохотомическое отверстие проводится зонд, кончиком которого выпячивается стенка двенадцатиперстной кишки в области БДС. После этого поперечно или продольно на протяжении 1 см рассекается передняя стенка кишки. Кончиком зонда выводится в рану БДС и производится частичная папиллосфинктеротомия длиной 10—15мм.

При ущемленном камне в ампуле сосочка выполняется **папиллотомия** (длина рассечения 5-6 мм). Тотальная папиллосфинктеротомия (длина рассечения 20—25мм) используется реже. Во время данной операции необходимо избегать прошивания или повреждения устья протока поджелудочной железы. Иногда слизистые БДС и двенадцатиперстной кишки сшиваются между собой нитями на атравматической игле, т.е. выполняется **папиллосфинктеропластика.** При необходимости дренируется проток поджелудочной железы катетером диаметром 2—5 мм. Критерием адекватной папиллосфинктеротомии является свободное прохождение зонда диаметром 0,5 см в двенадцатиперстную кишку. Операция заканчивается ушиванием стенки кишки и наружным дренированием холедоха.

Реконструктивные операции.

Выполняются при множественных камнях в желчных протоках, стенозе терминального отдела холедоха, нарушениях моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки, затрудняющих отток желчи, а также если невозможно восстановить непрерывность гепатикохоледоха. Наиболее широкое распространение получила **холедоходуоденостомия**. Классическим ее вариантом является способ Финстерера, когда рассеченные стенки двенадцатиперстной кишки и общего желчного протока сшиваются бок в бок. По методу Флеркена продольно рассекаются проток и стенка двенадцатиперстной кишки (Т-образно), по Юрашу — холедох вскрывается продольно, а кишка — поперечным разрезом. Соустье следует формировать достаточно широким (3,5см), так как в последующем его диаметр значительно уменьшается. Недостатками холедоходуоденостомии являются образование поданастомозного мешка за счет холедоха и неустраненный стеноз БДС, что способствует развитию панкреатита и холангита.

При сочетании стеноза БДС с множественным холедохолитиазом, стриктурой терминального отдела холедоха производится **двойное внутреннее дренирование желчных путей**, т.е. накладывается холедоходуоденоанастомоз и выполняется папиллосфинктеротомия.

Если во время повторной операции установлено сужение ранее наложенного холедоходуоденального соустья, то необходимо вновь его сформировать.

Особую сложность представляют операции **при высоких рубцовых стриктурах печеночных протоков**. В этих случаях восстановительные оперативные вмешательства выполняются редко. Они возможны при небольшой протяженности стриктуры — до 1,5 см. После иссечения рубцовой ткани производят сшивание концов протока с четкой адаптацией слизистых на дренаже, дистальный конец которого выводят наружу через разрез передней стенки холедоха. При Рубцовых стриктурах печеночных протоков выполняются главным образом реконструктивные операции, т.е. создается **гепатикоеноанастомоз**. Имеется множество методов его наложения, при этом выключение петли тощей кишки по Ру на протяжении 60-80 см снижает до минимума заброс кишечного содержимого в желчные протоки.

Эндоскопические вмешательства

Основным эндоскопическим вмешательством у больных, которые ранее перенесли операции на желчных путях, является **папиллосфинктеротомия**. Показаниями для ее выполнения у ранее оперированных больных служат холангиолитиаз, стеноз или рестеноз БДС, хронический панкреатит, обусловленный сужением устья протока поджелудочной железы. При сужении желчеотводящего анастомоза можно рассечь его с помощью папиллотомы типа Демлинга, что представляет собой самостоятельную операцию или первый этап реконструктивного абдоминального оперативного вмешательства на желчных протоках.

В последние годы все шире применяется **неоперативное удаление камней из желчных протоков при наружном их дренировании**. Это достигается путем вымывания, растворения и инструментального их извлечения. Удаление оставленных камней промыванием — простой и доступный метод. Камни вымываются наружу или в двенадцатиперстную кишку. Несмотря на заманчивость идеи, факт растворения желчных камней весьма сомнителен. Применение с этой целью препаратов хеноде-

зоксиколевой, урсодезоксиколевой кислот и других веществ в определенной степени может быть эффективным лишь при небольших свежих холестериновых камнях. При наличии желчных свищей их можно вывести непосредственно в протоки. Раньше для растворения забытых желчных камней применяли хлороформ, эфир и спирт. В последние годы для этого чаще используется гепарин, который на протяжении нескольких дней капельно вводится через дренажи (25 000 ЕД гепарина на 250 мл изотонического раствора натрия хлорида). В настоящее время все шире применяются инструментальные методы удаления камней из желчных протоков, при этом конкремент может быть вытолкнут в кишку, раздроблен или извлечен наружу. Удаление камней через желчный свищ или дренаж производится обычно с помощью петли Dormia.

V. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА УСВОЕНИЕМ ТЕМЫ.

Вопросы для контроля исходных знаний студентов

1. Приведите частоту ПХЭС.
2. Назовите технические погрешности при операциях на желчных путях, которые могут привести к развитию ПХЭС.
3. Укажите наиболее частые причины развития синдрома «слепого мешка» после ХДА.
4. Назовите наиболее частые причины ПХЭС.
5. Определите основные группы симптомов, наблюдаемые при стенозе фатерова соска.
6. Назовите заболевания двенадцатиперстной кишки как причину ПХЭС.
7. Укажите наиболее информативный метод исследования терминального отдела холедоха.
8. Перечислите рентгенологические методы исследования при дуоденостазе.
9. Назовите информативный метод радиоизотопного исследования желчевыводящих путей.
10. Назовите наиболее вероятную причину механического нарушения дуоденальной проходимости.

Эталоны

1. 10—20%.
2. Длинная культя пузырного протока, «забытые» камни холедоха.
3. Стеноз фатерова соска, сдавление терминального отдела холедоха при индуративном панкреатите.
4. Стеноз фатерова соска, холедохолитиаз, индуративный панкреатит.
5. Симптомы билиарной и панкреатической гипертензии.
6. Дуоденостаз.
7. ЭРХПГ.
8. Рентгеноскопия желудка и релаксационная дуоденография, аортография (мезентерикография).
9. Билисцинтиграфия.

10. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки.

Вопросы для контроля усвоения темы

Вопросы

1. Перечислите главные признаки стеноза фатерова соска, выявляемые при в/в холеграфии.
2. Назовите показания к экстренной операции при ПХЭС.
3. Назовите показания к срочной операции при ПХЭС.
4. . Перечислите операции, применяемые при стенозе фатерова соска.
5. Перечислите интраоперационные методы диагностики стеноза фатерова соска.
6. Назовите операции при холедохолитиазе как причине ПХЭС.
7. Перечислите показания к оперативному лечению ПХЭС.
8. Назовите операцию при дуоденостазе как причине ПХЭС.
9. Назовите операцию выбора для больных пожилого и старческого возраста со стенозом фатерова соска.
10. Укажите наиболее частую патологию холедоха, приводящую к холедохолитиазу.

Эталоны

1. Расширение холедоха, сужение его терминального отдела (симптом «писчего пера»).
2. Ущемленный камень фатерова сосочка.
3. Неразрешающаяся или ремитирующая, механическая желтуха, холангит
4. Папиллосфинктеропластика, ХДА, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.
5. Зондирование холедоха и фатерова соска, операционная холангиография, манометрия.
6. Холедохолитотомия, ХДА, эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением конкрементов.
7. Стриктуры желчных протоков, «забытые» камни холедоха, стеноз фатерова соска, стеноз ХДА, декомпенсированный дуоденостаз.
8. Дуоденоеюностомия.
9. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия.
10. Стеноз фатерова соска.

VI. 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 ПХЭС;
- индивидуальные упражнения в использовании приемов и навыков дифференциальной диагностики и выборе тактики лечения больных с ПХЭС.

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного с ПХЭС. 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, обоснуйте свой ответ;
 - обратите внимание на показания и сроки выполнения операции;
 - укажите, соответствует ли операционные находки клинической картине и срокам заболевания, обоснуйте ответ.
2. Составьте план обследования и определите лечебную тактику вновь поступившего больного с подозрением на ПХЭС. 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 ПХЭС. 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. Осмотрите 2-х больных с диагнозом ПХЭС. Выделите особенности течения заболевания и лечения больного в зависимости от срока заболевания, клиники и формы ПХЭС.
5. Проведите анализ истории болезни больного с ПХЭС. Укажите его возможную

причину.

6. Составьте алгоритм обследования больного с подозрением на ПХЭС.

7. Составьте алгоритм распознавания ПХЭС по приведенной схеме.

Этапы диагностики	Признаки болезни, теоретически возможные при ПХЭС	Признаки болезни, выявленные у данного больного
Жалобы		
Анамнез жизни		
Осмотр		
Лабораторные данные		
Данные дополнительных методов исследования		

8. Работа в перевязочной, присутствие и ассистирование на операции.

9. Участие в дежурствах клиники по экстренной хирургии, осмотр больных в приемном отделении, поступающих с подозрением на ПХЭС.

10. Подготовьте реферативные сообщения на темы:

- "Дифференциальная диагностика ПХЭС";
- "Методы инструментальной диагностики ПХЭС" ;
- "Показания и способы оперативного лечения ПХЭС ".

11. Проведите экспертную оценку истории болезни умершего больного с ПХЭС. 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, чтение рентгенограмм.

VII. ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО ПРОГРАММИРОВАННОГО КОНТРОЛЯ.

VIII. ЛИТЕРАТУРА К ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия.— М.: ИМА-пресс, 1996.—152 с.

Бохан К.Л. Желчнокаменная кишечная непроходимость // Вестн. хирургии.— 1996.— Т.155, № 4.— с.110-112.

Васильев Р.Х. Бескровные методы удаления желчных камней.— М.: Высш. шк., 1989.— 264с.

Виноградов В.В., Нифантьев О.Е., Вишневский В.А. Послеоперационные заболевания желчных путей.— Красноярск: Изд-во. Краснояр.Ун-та, 1989. 175 с.

Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях.— М.: Медицина, 1987.— 334 с.

Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Шойхет Я.Н. Патогенез, диагностика и лечение механической желтухи. — Красноярск: Изд-во. Краснояр.Ун-та, 1990. 111 с.

Клиническая хирургия: Справочное руководство для врачей // Под ред. Ю.М.Панцырева.— М.: Медицина, 1988.— 635 с.

Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей.— М.: Медицина, 1990.— 240с.

Кочиашвили В.И. Атлас хирургических вмешательств на желчных путях.— М.: Медицина, 1971.— 208 с.

Кузин Н.М., Кузин М.И. Печень // Хирургические болезни: Учебник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1995.— с.492–517.

Лапкин К.В., Пауткин Ю.Ф. Механическая желтуха М.: Медицина, 1990.— 240с.

Лисицын К.Н., Ревской А.К. Неотложная абдоминальная хирургия при инфекционных и паразитарных болезнях.— М.: Медицина, 1988.—335 с.

Ситенко В.М., Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях.Л.: Медицина, 1972.— 240с.

Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Полупан В.Н. Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике.— М.: Медицина, 1979.— 367 с.

Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей.— Киев: Здоровья, 1993.— 508 с.