



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Мини-
стерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Осложнения желчнокаменной болезни.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

 С.С. Маскин

“ 02 ” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин дать представление об осложнениях ЖКБ (деструктивная форма острого холецистита, механическая желтуха, холангит, холецистопанкреатит).

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Разобрать следующие вопросы:

- 1). Осложнения желчнокаменной болезни: деструктивный острый холецистит, водянка, эмпиема желчного пузыря. Клиника, диагностика, лечение.
- 2). Обтурация общего желчного протока (холедоха). Причины, клиника, дифференциальный диагноз.
- 3). Холемиа, ахолия. Операции при данных состояниях.
- 4). Холангит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 5). Холецистопанкреатиты. Клиника, показания к операции.

I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Желчнокаменная болезнь, являясь одним из распространенных заболеваний, может приводить к ряду серьезных осложнений. По частоте на первом месте стоит острый холецистит, затем холедохолитиаз, механическая желтуха, панкреатит и др.

Острый холецистит

Одним из самых частых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) считается острый холецистит.

Классификация острого холецистита (Б. Л. Королев и Д. Л. Пиковский, 1990):

- острый простой холецистит (ОПХ),
- острый обтурационный холецистит (ООХ);
- острый холецистопанкреатит (ОХП),
- острый холецистит с механической желтухой (ОХМЖ)

Острый простой холецистит

Под термином ОПХ понимается такое острое воспаление, которое в процессе развития приступа не выходит за пределы желчного пузыря, не приводит к гнойному или гангренозному холециститу и, как правило, не сопровождается сколько-нибудь выраженным изменением стенки желчного пузыря.

Клиника и диагностика. Клиническую картину острого простого холецистита характеризуют интенсивные боли в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в правую лопатку, надплечье, правую половину шеи. У большинства больных приступ провоцируется погрешностями в диете. В начале заболевания боли могут носить приступообразный характер. Часто возникает рвота желудочным, затем дуоденальным содержимым. Температура тела повышается до субфебрильной. Умеренная тахикардия до 80-90 в минуту, иногда повышается артериальное давление. Язык влажный, нередко обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации живота определяется выраженная болезненность в правом подреберье. Напряжения мышц передней брюшной стенки не бывает или оно выражено незначительно. Положительные симптомы Орт-нсра - Грекова, Мерфи, Мюсси - Георгиевского.

В диагностике острого холецистита из параклинических методов исследования предпочтение отдается ультразвуковому сканированию

При его проведении можно судить о размерах печени, о состоянии желчного пузыря, холедоха, поджелудочной железы, о наличии в них конкрементов. Реже применяется контрастная холе-графия - пероральная или внутривенная.

ОСТРЫЙ ОБТУРАЦИОННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

ООХ возникает в результате стойкой закупорки пузырного протока конкрементом, гнойной или слизистой пробкой. Воспаление в замкнутом пространстве (пузыре) протекает

бурно и на фоне ишемии стенок желчного пузыря за короткое время приводит к деструктивному холециститу.

Клиника и диагностика. Отличительной чертой в клинической картине является определение при пальпации живота увеличенного, напряженного и резко болезненного желчного пузыря. Боли усиливаются при дыхании, кашле, перемене положения тела. Часто возникают тошнота и многократная рвота. Температура тела достигает фебрильной, тахикардия возрастает до 100-110 в минуту. У больных с поздним обращением, при распространении воспалительного процесса за пределы желчного пузыря, отмечается значительная мышечная защита и положительный симптом Щеткина - Блюмберга в правом подреберье. Диагностика основана на вышеописанных методах. Основной признак обтурации при ультрасонографии - это увеличение поперечника желчного пузыря свыше 30 мм с утолщением его стенки более 3 мм.

Острый холецистопанкреатит

Острым холецистопанкреатитом называют такое заболевание, при котором в патологический процесс вовлекаются желчный пузырь и поджелудочная железа вне зависимости от очередности развития той или иной патологии. То обстоятельство, что в подавляющем большинстве случаев заболевание начинается с желчного пузыря, свидетельствует о правомерности повсеместно признанного термина.

Клиника и диагностика. Клиническая картина, характеризуется резкими сильными болями в эпигастриальной области и подреберьях, часто опоясывающими. Тошнота, рвота, не приносящая облегчения, напряжение мышц в верхней половине живота, вздутие поперечно-ободочной кишки. Положительные симптомы Воскресенского, Мерфи, Мэйо-Робсона, наличие инфильтрата в эпигастриальной области. Отмечается повышение температуры тела, озноб, коллапс (шок), лейкоцитоз, увеличение уровня амилазы в крови и моче.

На УЗИ кроме симптомов острого простого или обтурационного холецистита имеет место увеличение размеров, изменение контуров и экзогенности поджелудочной железы.

Острый холецистит с механической желтухой

Механическая желтуха у больных ОХМЖ вызывается обтурацией магистральных желчных протоков конкрементами, реже стенозом фатерова соска, холангитом или сдавленной терминальной отделы холедоха головкой поджелудочной железы.

Клиника и диагностика. Осложнение острого холецистита механической желтухой приводит к развитию выраженного синдрома эндогенной интоксикации. Клиническая картина чрезвычайно многообразна. Это объясняется интенсивностью и длительностью желтухи, а также сочетанием холестаза с деструктивным холециститом или гнойным холангитом. При всем многообразии клинической симптоматики острого холецистита с механической желтухой прослеживался ряд особенностей, характерных для большинства больных

Желтуха - наиболее яркий симптом заболевания. Она появляется чаще всего через 12-14 часов после стихания болевого приступа. В большинстве случаев желтушность кожи и склер принимает стойкий и прогрессирующий характер. При выраженной и длительной желтухе у больных появляются кожный зуд, расчесы на коже, слабость, снижается аппетит, наблюдается потемнение мочи и обесцвечивание кала. Билирубин крови повышается за счет прямой фракции.

В диагностике предпочтение отдается УЗИ как методу неинвазивному и скрининговому.

Лечение у всех больных с различными формами острого холецистита направлено на устранение болевого синдрома, применение дезинтоксикационной и противовоспалительной терапии.

Экстренная операция (в течение 2-3 часов с момента поступления) производится больным, имеющим признаки перитонита.

Срочная операция (24-48 часов) выполняется больным, у которых сохраняется клиническая картина обтурационного холецистита, нарастают симптомы воспалительного про-

цесса и эндотоксикоза.

К отсроченной операции - в «интервале» - готовятся больные, у которых благодаря консервативной терапии происходит купирование приступа острого холецистита {в течение 24-48 часов) и установление оттока желчи в 12-перстную кишку. Общие принципы подготовки к операции: нормализация гомеостаза, создание функциональных резервов жизненно важных органов, лечение имеющихся сопутствующих заболеваний, адаптация психики больного.

В случаях стихания приступа острого холецистита, но сохранения явлений механической желтухи интенсивная предоперационная подготовка и топическая диагностика проводятся в ближайшее время не превышая 5-дневного срока от момента поступления.

Оперативное лечение. Адекватным радикальным оперативным вмешательством является холецистэктомия с ревизией внепеченочных желчных протоков. Каждая операция при холецистите должна сопровождаться ревизией магистральных внепеченочных протоков. Дальнейшая тактика зависит не только от характера патологического Процесса в желчевыводящих путях, но и от резервных возможностей больного. Иногда при тяжелом состоянии больного (старческий возраст, сопутствующие заболевания) производится холецистолитостомия. Наиболее сложным и ответственным моментом является операция на холедохе.

Показания к холедохотомии могут быть абсолютными и относительными.

Абсолютные показания:

механическая желтуха на момент операции;

пальпирующиеся в гепатикохоледохе камни;

наличие дефектов наполнения по ходу протоков на операционных рентгенограммах;

вклиненный камень большого дуоденального соска;

отсутствие эвакуации контрастного вещества в 12-перстную кишку на операционных рентгенограммах.

Относительные показания:

- желтуха в анамнезе или перед операцией;

сморщенный желчный пузырь, широкий пузырный проток (более 3 мм), мелкие камни в желчном пузыре;

широкие внепеченочные желчные протоки (более 10 мм);

сужение терминального отдела холедоха с нарушением эвакуации контрастного вещества на рентгенограммах.

Наиболее распространенными способами наружного дренирования желчевыводящих протоков являются:

по Пиковскому. тонкий дренаж проводится в пузырный проток;

по Вишневному: дренаж, приблизительно равный диаметром холедоху и имеющий овальное отверстие, отступая от дистального конца на 2-4 см, проводится в сторону ворот печени;

по Керу (в настоящее время этот дренаж признан наиболее удачным), дренаж представляет собой трубку Т-образной формы, благодаря которой желчь оттекает естественным путем в просвет 12-перстной кишки, либо при повышении давления в холедохе дополнительно оттекает наружу.

Наружная холедохостомия управляема на всех этапах послеоперационного периода, не вносит новые анатомические взаимоотношения в желчевыводящие протоки. Наряду с наружным дренированием в хирургии желчных путей применяется внутреннее дренирование, чаще всего для этого используют холедоходуоденостомию Основными показаниями к ней служат протяженные тубулярные стриктуры терминального отдела общего желчного протока, также расширение его свыше 2 см в диаметре.

При ущемленном камне в дуоденальном соске, рубцовом стенозе большого дуоденального соска, при необходимости ревизии панкреатического протока больным выполняется трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с пластикой. Наряду с транедуоденальной папил-

лосфинктеротомией широко применяется и эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Холедохолитиаз

Одним из частых осложнений желчнокаменной болезни и каль-кулезного холецистита (у 20% больных) является холедохолитиаз. У людей пожилого и старческого возраста холедохолитиаз наблюдается в 2-3 раза чаще. Камни в общий желчный проток попадают у подавляющего большинства больных из желчного пузыря. У некоторых больных (1-5%) возможно первичное образование камней в желчевыводящих путях.

Клиника и диагностика. Холедохолитиаз может длительное время протекать бессимптомно. Даже при множественных камнях холедоха нарушения пассажа желчи возникают далеко не всегда. Желчь как бы обтекает камни, находящиеся в просвете вне печеночных желчных путей, и, если нет препятствия в терминальном отделе холедоха, свободно поступает в 12-перстную кишку. При холедохолитиазе возникает желчная гипертензия, которая выражается тупыми болями в правом подреберье и механической желтухой. При дальнейшем повышении давления во внепеченочных желчных протоках просвет последних расширяется и камень как бы всплывает в проксимальные отделы холедоха, желтуха уменьшается и может исчезнуть.

Диагностика основана на вышеописанных методах. Основной признак холедохолитиаза при ультрасонографии - это увеличение диаметра холедоха и наличие конкрементов в нем.

Лечение хирургическое. Заключается в холедохотомии, удалении конкрементов и контроле пассажа желчи в 12-перстную кишку (бужом, контрастной рентгенографией). В случае ущемления камня в дуоденальном сосочке применяется трансдуоденальная папиллосфинктеротомия. Иногда папиллосфинктеротомия дополняется холедоходуоденостомией (двойное дренирование).

Механическая желтуха

Согласно концепции желчной гипертензии (Д. Л. Пиковский, 1964, 1990), наличие механической желтухи свидетельствует о полном отсутствии тока желчи в 12-перстную кишку и максимальном давлении в билиарной системе.

Клиника и диагностика. Механическая желтуха характеризуется нарастанием иктеричности склер, слизистых оболочек, кожных покровов, в редких случаях перемежающемся ее течением при вентильном камне.

С усилением желтухи кожные покровы приобретают зеленоватую или серо-зеленую окраску, появляется кожный зуд, присоединяется геморрагический диатез. При механической желтухе, обусловленной желчнокаменной болезнью, характерны приступы выраженных болей в правом подреберье, которые, как правило, предшествуют желтухе. При присоединении инфекции отмечается повышение температуры, иногда очень высокое. Часто определяется увеличение печени, которое обусловлено застоем в ней желчи и гипертензией в желчевыводящих протоках.

В крови, лимфе накапливаются все составные части желчи - билирубин, холестерин, желчные кислоты. Моча приобретает цвет пива. Уробилин в моче не определяется. Кал обесцвечивается, имеет глинистый, бело-серый цвет, содержит большое количество жирных кислот и мыл, стеркобилин в кале отсутствует.

В крови наблюдается повышение билирубина, холестерина, желчных кислот, возрастает количество щелочной фосфатазы, трансаминаз, развивается диспротеинемия, происходит угнетение неспецифического иммунитета.

При длительной желтухе наступает такой момент, когда клетки печени вырабатывают очень мало желчи, которая полностью идет в кровь и лимфу, а в желчные протоки поступает только слизь (белая желчь). С этого момента можно говорить о полной декомпенсации функций печени.

Каждый случай желтухи необходимо рассматривать комплексно. По жалобам, анамнезу, результатам физикального и биохимического обследования можно получить представление о причине желтухи - заболевании печени или непроходимости желчных путей. Однако хирург-

ги перед операцией стремятся определить характер и место препятствия, особенно в сложных случаях. Этому способствует три метода:

Чрескожная, чреслеченочная холангиография тонкой иглой «Хиба».

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

Скрининговое ультразвуковое исследование (УЗИ).

Кроме того, все большее распространение получает компьютерная томография.

Важно не только поставить максимально точный диагноз, но и сделать это в течение ближайших нескольких дней.

Лечение. Успех лечения при механической желтухе зависит от своевременно предпринятой операции.

Обследование проводится за короткий срок, который не должен превышать 5 дней от момента поступления больного.

Лишь тогда, когда желтуха быстро и неуклонно уменьшается, можно отложить операцию до исчезновения желтухи, но оперировать нужно раньше появления рецидива желтухи.

Экстренную операцию производят лишь в исключительных случаях. Иногда это необходимо при гнойном холангите с сепсисом или острой блокаде дуоденального сосочка с шокогенной болью или панкреатитом.

Операция должна осуществить декомпрессию желчевыводящих путей и печени, устранить все причины гипертензии и восстановить полный отток желчи из печени.

При длительной желтухе операцию расчленяют на два этапа. На первом этапе осуществляют декомпрессию желчных путей при помощи наружного дренирования (холецистостомия), и на втором - устраняют причину гипертензии и восстанавливают отток желчи из печени (холедохолитотомия, холедоходуоденостомия, папиллосфинктеропластика).

Стеноз большого дуоденального сосочка

Рубцовые стриктуры большого дуоденального сосочка возникают при повреждении слизистой оболочки дуоденального сосочка камнями, воспалительным процессом.

Клиника и диагностика. Рубцовые стриктуры, как правило, не имеют патогномичных клинических симптомов. При выраженном стенозе с нарушением пассажа желчи и панкреатического сока появляются симптомы холецистопанкреатита, острого или хронического панкреатита, механической желтухи, холангита. Нередко стриктуры сочетаются с холедохолитиазом.

Большую роль в диагностике играет УЗИ, экскреторная контрастная холеграфия. В ряде случаев можно уточнить диагноз с помощью ретроградной панкреатохолангиографии, а также чрескожной транспеченочной холангиографии.

Лечение. Предпочтение отдается трансдуоденальной папиллосфинктеротомии с пластикой или без таковой либо накладывается холедоходуоденоанастомоз.

Водянка желчного пузыря

Если при завершении приступа острого холецистита микробная флора желчи обладает небольшой вирулентностью и сохранена обтурация пузырного протока, то развивается водянка желчного пузыря. В желчном пузыре происходит всасывание составных частей желчи, бактерии погибают, содержимое желчного пузыря становится бесцветным, слизистого характера. При физикальном исследовании больных можно пальпировать дно увеличенного, растянутого, безболезненного желчного пузыря.

Клиника и диагностика. У ряда больных в дальнейшем может развиваться эмпиема желчного пузыря. Больные жалуются на тупые тянущие боли в правом подреберье, несколько усиливающиеся после еды, эпизодические повышения температуры до 37,8-38°C, пальпаторно можно определить увеличенный, слабоболезненный желчный пузырь.

Диагностика основана на описанных выше методах.

Лечение только оперативное - холецистэктомия с ревизией внепеченочных желчных протоков.

Холангит

Острое или хроническое воспаление внутри- и внепеченочных желчных путей приводит к

развитию холангита, который возникает при холедохолитиазе за счет холестаза и инфекции. По характеру морфологических изменений в стенках желчных протоков выделяют катаральный и гнойный холангит.

Клиника и диагностика. Клинические проявления холангита характеризуют внезапное повышение температуры тела до фебрильной, потрясающий озноб, тяжесть и тупые боли в области правого подреберья, тошнота и рвота. При гнойном холангите боли имеют интенсивный характер, рано появляется желтуха, которая связана с поражением печеночной паренхимы, а также с холестазом. При физикальном исследовании больных отмечают болезненность в правом подреберье, умеренно выраженную мышечную защиту (при гнойном холангите); симптомы раздражения брюшины при этом отрицательны. У большинства больных можно прощупать нижний край увеличенной в размерах болезненной печени. При прогрессирующем бурном течении гнойного холангита образуются мелкие гнойники в стенках желчных протоков, в толще паренхимы и на ее поверхности, что приводит к образованию множественных абсцессов печени.

В диагностике предпочтение отдается скрининговому УЗИ.

Лечение. После краткой предоперационной подготовки (2-3 дня), основа которой детоксикация и антибиотикотерапия (аминогликозиды и цефалоспорины). Обязательно назо-дуоденальный разгрузочный зонд. Для снятия желчной гипертензии производится эндоскопическая папиллосфинктеротомия или операция с широким доступом - санация, дренирование холедоха.

Внутренние билиодигестивные свищи

Длительное нахождение камней (особенно крупных) в желчном пузыре может привести к образованию пролежня его стенки и близлежащего полого органа, тесно спаянного с желчным пузырем за счет перихолецистита. Наиболее часто формирование свищей происходит между желчным пузырем и 12-перстной кишкой или печеночным изгибом толстой кишки.

Клиника и диагностика. Клинические проявления внутренних билиодигестивных свищей скудные, поэтому поставить диагноз до операции бывает очень трудно. Крупные камни, мигрировавшие в просвет 12-перстной кишки могут вызвать острую обтурационную непроходимость кишечника. При забросе кишечного содержимого в просвет желчного пузыря возникают симптомы холангита. При холецисто-холедохеальном свище происходит миграция камней из желчного пузыря в просвет общего желчного протока с развитием симптомов холедохолитиаза.

Диагностика - обзорная рентгенография органов брюшной полости у больных с пузырно-дуоденальным или пузырно-толстокишечными свищами позволяет выявить характерный симптом аэрохолии (наличие газа в желчном пузыре или желчных протоках). На экскреторной контрастной холеграфии можно увидеть затекание желчи в просвет кишки.

Лечение оперативное, направлено на разобщение органов, ушивание дефекта в кишке, холецистэктомия с ревизией внепеченочных желчных протоков.

Гепаторенальный синдром

Одной из частых причин высокой послеоперационной летальности у больных ЖКБ является острая печеночно-почечная недостаточность, или гепаторенальный синдром (ГРС). По данным ряда исследователей, ГРС встречается при ЖКБ от 12,8 до 32%, а летальность колеблется в пределах 11,2-22,2%. В патогенезе ГРС важная роль принадлежит характеру патологических изменений гепатоцитов (в большинстве случаев это некробиоз) и нарушению процессов гемокоагуляции. Как следствие процессов в печени происходит повреждение канальцевого и клубочкового аппарата почки.

Клиника и диагностика. Клиническая картина ГРС характеризуется умеренным изменением психоневрологического статуса, отмечаются периодически эйфория, сменяющаяся депрессией, раздражительность, плаксивость. У некоторых больных появляется тремор пальцев, век. Часто возникает тошнота, иногда рвота. Появляется желтушность кожных покровов и склер глаз. Живот умеренно вздут, перистальтика кишечника ослаблена. Ди-

урез снижен, моча темнеет. Гемодинамика с тенденцией к гипотонии. Нарастает тахикардия, тахилноэ.

Диагностика включает в себя изучение функционального состояния печени, где определяется гипербилирубинемия, гиперферментемия, диспротеинемия и другие нарушения. Значительно снижается диурез или наступает анурия. Наблюдаются выраженные изменения в моче. При этом отмечается выраженная протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, гемоглобинурия, присутствие клеток почечного эпителия в осадке с высокой удельной плотностью мочи. Нарастает содержание в крови мочевины и креатинина. Отмечаются выраженные коагулологические нарушения.

К лечению подключаются инфузия полиионных растворов (глюкоза 5%, NaCl 0,9%, раствор Филлипса, Рингера и пр.) гепатопротекторы - витамины группы В и С, эссенциале, липоевая и глутаминовая кислоты, ЛИВ-52, антигистаминные препараты, преднизолон, анаболические стероиды. Широко применяются методы эфферентной терапии. С целью стимуляции диуреза больным назначаются различные диуретики в больших дозах (предпочтение отдается петлевым). Для снятия почечной вазоконстрикции применяют изоптин, эуфиллин, дофамин. Проводится интенсивная коррекция гемостаза (гепарин, трентал, компламин).

В ряде случаев хирургическое лечение расчленяется на два этапа.

На первом этапе проводится малотравматичная холецистостомия с последующей холесорбцией. После выведения больного из тяжелого состояния осуществляется второй этап - холецистэктомия с ревизией внепеченочных желчных протоков.

Рак желчного пузыря

В 80-100% случаев сочетается с ЖКБ. По-видимому, частая травматизация и хроническое воспаление слизистой оболочки желчного пузыря являются пусковым моментом в дисплазии эпителия желчного пузыря. По гистологической структуре наиболее часто встречаются аденокарцинома и скирр, реже - слизистый, солидный и низкодифференцированный рак

Клиника и диагностика. На ранних стадиях рак желчного пузыря протекает бессимптомно или с признаками калькулезного холецистита. Лишь в более поздних стадиях наблюдаются как общие признаки ракового процесса (слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, похудание, анемия и др.), так и местные симптомы (увеличенная бугристая печень, асцит, механическая желтуха).

В плане диагностики наиболее ценными методами обследования являются УЗИ, компьютерная томография, гепатосканирование, лапароскопия.

Лечение. К радикальным операциям при раке желчного пузыря относят холецистэктомию с резекцией прилежащего участка печени, реже объем удаляемой зоны печени расширяют до сегментэктомии или гемигепатэктомии. Послеоперационная летальность достигает 35%, 5-летняя выживаемость составляет 3-6%.

Паллиативные операции выполняют при иноперабельном раке желчного пузыря, осложненным механической желтухой. Используют наружное дренирование желчных путей, туннелизацию опухоли или внутренние билиодигестивные анастомозы.

Профилактикой рака желчного пузыря служит холецистэктомия у каждого больного 50 лет и старше, страдающего ЖКБ в течение 5 и более лет.

II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /210 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)

5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

IV. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

V. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Классификация острого калькулезного холецистита.
2. Диагностика осложнений ЖКБ.
3. Дифференциальный диагноз осложнений ЖКБ.
4. Тактика при остром простом калькулезном холецистите.
5. Тактика при остром обтурационном калькулезном холецистите.
6. Тактика при остром холецистите с механической желтухой.
7. Консервативное лечение осложнений ЖКБ.
8. Показания к хирургическому лечению различных осложнений ЖКБ.
9. Оперативное лечение осложнений ЖКБ.
10. Показания к холедохотомии.
11. Методы дренирования холедоха.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Альперович Б И Хирургия печени и желчных путей Томск, 1997 605 с
2. Тальтрин Э И, Дедерер Ю М Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях М , 1987 331 с
3. Гришин И Н Холецистэктомия Минск Высшая школа, 1989 198 с
4. Дедерер Ю М, Крылова И П, Щойхет Я Н Патогенез, диагностика и лечение механической желтухи Красноярск Изд-во Красноярского ун-та, 1990 112 с
5. Жидовинов Г И Рак желчного пузыря и желчнокаменная болезнь // Частные вопросы практической онкологии Волгоград, 1995 С 23-26
6. Королев Б А, Пиковский Д И Экстренная хирургия желчных путей М Медицина, 1990 240 с
7. Кузин Н М, Кузнецов В А К проблеме хирургии калькулезного холецистита // Хирургия 1995 № 1 С 18-23
8. Родионов В В, Филимонов М И, Могучее В М Калькулезный холецистит М Медицина, 1991 316 с
9. 133
10. Хирургия I Пер. с англ., Под ред. Б. Джаррела, А. Карбаси; Гл. ред. русской издания Ю. М. Лопухин, В. С. Савельев. М.' ГЭОТАР «Медицина», 1997. 1070 с (Серия «Руководство для врачей и студентов).