

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:

«Острый холецистит»

Выполнил: студент 4 курса,
9 группы, педиатрического факультета
Гончаров Г.К.

Проверил:
Куратенко Ю.В.
«Стм»

Волгоград – 2018 г.

Оглавление

Введение.....	3
1. Этиология и патогенез.....	4
2. Классификация холецистита.....	5
3. Клиника острого холецистита.....	7
4. Инструментальные методы исследования.....	9
5. Дифференциальная диагностика.....	10
6. Медикаментозное лечение.....	12
7. Хирургическое лечение.....	14
Заключение.....	20
Список использованной литературы.....	21

Введение

Острый холецистит одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний, и по частоте занимает второе место после аппендицита.

Проблема острого холецистита на протяжении последних трех десятилетий является актуальной как вследствие широкого распространения заболевания, так и в связи с наличием множества спорных вопросов. В настоящее время можно отметить заметные успехи: снизилась летальность при хирургическом лечении. Особенно много разногласий в вопросе о выборе времени вмешательства. Во многом ответ на этот вопрос определяется установкой, сформулированной Б. А. Петровой: операция экстренная или срочная на высоте приступа значительно опаснее плановой, после стихания острых явлений.

Острый холецистит развивается у 13-18% больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Женщины заболевают в 3 раза чаще, чем мужчины.

Причины развития острого холецистита многообразны. К ним относят гипертензию в желчевыводящих путях, желчнокаменную болезнь, инфекцию в желчевыводящих путях, нарушение диеты, заболевания желудка, сопровождающиеся дисхолией, снижение неспецифической резистентности организма, изменение сосудов желчевыводящих путей вследствие атеросклероза.

1. Этиология и патогенез.

Возникновение острого холецистита связано с действием не одного, нескольких этиологических факторов, однако ведущая роль в возникновении его принадлежит инфекции. В желчный пузырь инфекция проникает тремя путями: гематогенным, энтерогенным и лимфогенным.

При гематогенном пути, инфекция попадает в желчный пузырь из общего круга кровообращения по системе общей печеночной артерии или из кишечного тракта по воротной вене далее в печень. Лишь при снижении фагоцитарной активности печени микробы проходят через клеточные мембраны в желчные капилляры и далее – в желчный пузырь.

Лимфогенным путь попадания инфекции в желчный пузырь возможно вследствие обширной связи лимфатической системы печени и желчного пузыря с органами брюшной полости. Энтерогенный (восходящий) – путь распространения инфекции в желчный пузырь возможен при заболевании терминального отдела общего отдела общего желчного протока, функциональных нарушений его сфинктерного аппарата, когда инфицированное дуоденальное содержимое может забрасываться в желчные пути. Этот путь наименее вероятен.

Воспаление в желчном пузыре при попадании инфекции в желчный пузырь не происходит, если только не нарушена его дренажная функция и нет задержки желчи. В случае нарушения дренажной функции создаются необходимые условия для развития воспалительного процесса.

Факторы нарушения оттока желчи из пузыря: камни, перегибы удлинённого или извитого пузырного протока, его сужение.

Острый холецистит, возникающий на почве желчекаменной болезни составляет 85-90%. Также имеет значение хроническое изменение желчного пузыря в виде склероза и атрофии элементов стенок желчного пузыря.

Бактериологической основой острого холецистита являются разные микробы и их ассоциации. Среди них основное значение имеют грамотрицательные бактерии группы *Escherichia coli* и грамположительные бактерии рода *Staphylococcus* и *Streptococcus*. Другие микроорганизмы, вызывающие воспаление желчного пузыря, встречаются крайне редко.

Вследствие анатомо-физиологической связи желчевыводящих путей с выводными протоками поджелудочной железы возможно развитие ферментативных холециститов. Их возникновение связано не с действием микробного фактора, а с затеканием панкреатического сока в желчный пузырь и повреждающим действием панкреатических ферментов на ткань пузыря. Как правило, данные формы сочетаются с явлениями острого панкреатита. Сочетанные формы острого панкреатита и холецистита рассматривают как самостоятельное заболевание, получившее название «холецисто-панкреатит».

Общеизвестно, что в патогенезе острого холецистита важное значение имеют сосудистые изменения в стенке желчного пузыря. От расстройства кровообращения в пузыре за счет тромбоза пузырной артерии зависят темп развития воспалительного процесса и тяжесть заболевания. Следствием сосудистых нарушений являются очаги некроза и перфорации стенки пузыря. У пожилых больных сосудистые нарушения, связанные с возрастными изменениями, могут вызывать развитие деструктивных форм острого холецистита (первичная гангрена желчного пузыря).

2. Классификация холецистита.

Вопрос о классификации острого холецистита, помимо теоретического значения, имеет большое практическое значение. Рационально составленная классификация дает хирургу ключ к тому, чтобы не только правильно отнести ту или иную форму острого холецистита к определенной группе, но и выбрать соответствующую тактику в предоперационном периоде и во время оперативного вмешательства.

Так или иначе, в основе классификации острого холецистита, как правило, лежит клинико-морфологический принцип – зависимость клинических проявлений заболевания от патологоанатомических изменений в желчном пузыре, брюшной полости и от характера изменений во внепеченочных желчных протоках. В этой классификации выделены две группы острого холецистита: осложненный и неосложненный.

К неосложненному отнесены все патологоанатомические формы воспаления желчного пузыря, повседневно встречающиеся в клинической практике – катаральный, флегмонозный и гангренозный холецистит. Каждую из этих форм следует рассматривать как закономерное развитие воспалительного процесса, поэтапный переход от катарального воспаления к гангрене. Исключением из этой закономерности является первичный гангренозный холецистит, поскольку в механизме его развития лежит первичный тромбоз пузырной артерии.

Острое воспаление желчного пузыря может протекать при наличии камней в его просвете и без них. Принятое деление острого холецистита на бескаменный и калькулезный носит условный характер, так как независимо от того, имеются камни в пузыре или они отсутствуют, клиническая картина заболевания и лечебная тактика будут практически одинаковы при каждой форме холецистита.

Группу осложненного холецистита составляют осложнения, которые непосредственно связаны с воспалением желчного пузыря и с выходом инфекции за его пределы. К этим осложнениям относятся околопузырный инфильтрат и абсцесс, прободение желчного пузыря, перитонит различной распространенности, желчные свищи, острый панкреатит, и наиболее частые осложнения – механическая желтуха и холангит. Осложненные формы встречаются в 15 – 20 % случаев.

3. Клиника острого холецистита.

Острый холецистит встречается у людей разного возраста, но чаще им болеют лица старше 50 лет. Больные пожилого (60 – 74 лет) и старческого (75 – 89 лет) возрастов составляют 40 – 50 % от общего числа заболевших острым холециститом.

Клиническая картина острого холецистита многообразна, что зависит от патологоанатомической формы воспаления желчного пузыря, распространенности перитонита и наличия сопутствующих изменений в желчных протоках. Вследствие многообразия клинической картины заболевания возникают диагностические трудности и ошибки в диагнозе.

Острый холецистит, как правило, начинается внезапно. Развитию острых воспалительных явлений в желчном пузыре предшествует нередко приступ желчной колики. Вызванный закупоркой пузырного протока камнем острый болевой приступ купируется самостоятельно, или после приема спазмолитических препаратов. Однако, через несколько часов после купирования приступа колики, проявляется вся клиническая картина острого холецистита.

Ведущим симптомом острого холецистита является сильная и постоянная боль в животе, интенсивность которой по мере прогрессирования заболевания нарастает. Отличительной особенностью боли является локализация ее в правом подреберье с иррадиацией в правую подключичную область, плечо, лопатку или в поясничную область. Иногда боли иррадируют в область сердца, что может расцениваться как приступ стенокардии (холецисто-коронарный синдром, по С. П. Боткину).

Постоянные симптомы острого холецистита – тошнота и повторная рвота, которая не приносит облегчения больному. Повышение температуры тела отмечается с первых дней заболевания. Характер ее во много зависит от глубины патоморфологических изменений в желчном пузыре.

Состояние больного бывает различным, что зависит от тяжести заболевания. Кожные покровы обычной окраски. Умеренная желтушность склер наблюдается при локальном гепатите и при воспалительной инфильтрации внепеченочных желчных протоков с застоем желчи в них. Появление яркой желтухи кожи и склер указывает на механическое препятствие нормальному оттоку желчи в кишечник, что может быть связано с закупоркой желчного протока камнем или со стриктурой терминального отдела общего желчного протока.

Частота пульса колеблется от 80 до 120 ударов в 1 мин и выше. Частый пульс – это грозный симптом, свидетельствующий о глубокой интоксикации и тяжелых морфологических изменениях в брюшной полости.

Живот при пальпации значительно болезнен в правом подреберье и часто в эпигастральной области. При переходе процесса на париетальную брюшину возникают напряжение брюшных мышц – симптом Щеткина – Блюмберга. Желчный пузырь удается пальпировать при деструктивных формах острого холецистита, когда он увеличивается в размерах и становится плотным. Однако при значительном мышечном напряжении прощупать его не всегда возможно.

Специфические симптомы острого холецистита – это симптомы Ортнера, Кера, Мерфи и Георгиевского-Мюсси (френикус-симптом).

- Симптом Ортнера – боль при поколачивании правой реберной дуги ребром ладони;
- симптом Кера – усиление боли при глубоком вдохе, когда пальпирующая рука касается воспаленного желчного пузыря;
- симптом Мерфи – произвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья;
- симптом Георгиевского-Мюсси – болезненность при пальпации между головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

- Иногда может быть положителен симптом Курвуазье – пальпируется желчный пузырь или перипузырный инфильтрат (хотя этот симптом описан при раке головки поджелудочной железы и, строго говоря, не является симптомом холецистита.)

- Желтуха – наблюдается у 40-70% больных, чаще при калькулезных формах, когда она носит характер обтурационной, механической. Она может быть следствием вторичного гепатита или сопутствующего панкреатита, а также холангита – тогда бывает паренхиматозной. Обтурационной желтухе калькулезного генеза обычно предшествует приступ печеночной колики, она может носить ремитирующий характер (в отличие от механической желтухи опухолевого происхождения, которая развивается исподволь и прогрессивно нарастает). При полной обтурации холедоха помимо интенсивной окраски мочи (из-за наличия билирубина) – "цвета пива", "крепкого чая", становится обесцвеченным кал – в нем отсутствует стеркобилин – "желтый человек с белым калом".

4. Инструментальные методы исследования.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является очень ценным и при возможности должно производиться в порядке скорой помощи. Оно позволяет выявить наличие камней в желчных путях, размеры желчного пузыря и признаки воспаления его стенок (утолщение их, двухконтурность).

Фиброгастродуоденоскопия (ФГС) показано при наличии желтухи – дает возможность видеть выделение желчи или ее отсутствие из фатерова соска, а также заклинившийся в нем конкремент. При наличии аппаратуры возможна ретроградная холангио-панкреатография (РХПГ).

Холангиография с контрастированием перорально или внутривенно может производиться только после исчезновения желтухи и стихания острых явлений и к ней теперь прибегают редко. В диагностически неясных случаях показана лапароскопия, которая дает положительный результат в 95% случаев.

5. Дифференциальная диагностика.

Распознавание классических форм острого холецистита, особенно при своевременной госпитализации больных, не представляет сложности. Трудности в диагностике возникают при атипичном течении заболевания, когда нет параллелизма между патоморфологическими изменениями желчного пузыря и клиническими проявлениями, а также при осложнении острого холецистита острым перитонитом, когда из-за выраженной интоксикации и диффузного характера болей в животе невозможно выявить источник перитонита.

Диагностические ошибки при остром холецистите возникают в 12 – 17% случаев. Ошибочными диагнозами могут быть такие диагнозы острых заболеваний органов брюшной полости, как острый аппендицит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит, кишечная непроходимость и другие. Иногда диагноз острого холецистита ставят при правосторонней плевропневмонии, паранефрите, пиелонефрите. Ошибки в диагнозе приводят к неправильному выбору метода лечения и запоздалому оперативному вмешательству.

При обследовании больных следует учитывать, что острым холециститом чаще всего страдают больные старшей возрастной группы. В анамнезе у больных острым холециститом нередко повторные приступы болей в правом подреберье с характерной иррадиацией, а в ряде случаев и прямые указания на желчекаменную болезнь. Боли при остром аппендиците не бывают столь интенсивными, как при остром холецистите и не иррадируют в правые надплечье, плечо и лопатку. Общее состояние больных острым холециститом при прочих равных условиях обычно более тяжелое. Рвота при остром аппендиците – однократная, при остром холецистите – повторная. Пальпаторное обследование живота позволяет выявить характерную для каждого из этих заболеваний локализацию болезненности и

напряжения мышц брюшной стенки. Наличие увеличенного и болезненного желчного пузыря окончательно исключает диагностические сомнения.

Много общего в клинических проявлениях острого холецистита и острого панкреатита: анамнестические указания на желчекаменную болезнь, острое начало заболевания после погрешности в диете, локализация болей в верхней половине живота, повторная рвота. Отличительными особенностями острого панкреатита являются опоясывающий характер болей, резкая болезненность в эпигастральной области и значительно менее выраженная – в правом подреберье, отсутствие увеличения желчного пузыря, диастазурия, тяжесть общего состояния больного, что особенно характерно для панкреонекроза.

Поскольку при остром холецистите наблюдается повторная рвота, а также нередко имеются явления пареза кишечника со вздутием живота и задержкой стула, может возникнуть подозрение на острую кишечную непроходимость. Последнюю отличат схваткообразный характер болей с нехарактерной для острого холецистита локализацией, резонирующая перистальтика, «шум плеска», положительный симптом Валя и другие специфические признаки острой кишечной непроходимости. Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет обзорная рентгенокопия брюшной полости, позволяющая выявить вздутие кишечных петель и уровни жидкости (чаши Клойбера).

Клиническая картина прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки настолько характерна, что ее редко приходится дифференцировать от острого холецистита. Исключение составляет прикрытая перфорация, в особенности, если она осложняется образованием подпеченочного абсцесса. В подобных случаях следует учитывать язвенный анамнез, острейшее начало заболевания с «кинжальной» боли в эпигастрии, отсутствие рвоты. Существенную диагностическую помощь оказывает рентгенологическое

исследование, позволяющее выявить наличие в брюшной полости свободного газа.

Почечная колика, а также воспалительные заболевания правой почки и околопочечной клетчатки (пиелонефрит, паранефрит и др.) могут сопровождаться болями в правом подреберье и поэтому симулируют клиническую картину острого холецистита. В связи с этим при обследовании больных надо обязательно обращать внимание на урологический анамнез, тщательно исследовать область почек, а в ряде случаев возникает необходимость в применении целенаправленного исследования мочевыводящей системы (анализ мочи, экскреторная урография, хромоцистоскопия и др.).

6. Медикаментозное лечение.

Проведение консервативной терапии в полном объеме и в ранние сроки заболевания обычно позволяет купировать воспалительный процесс в желчном пузыре и устранить тем самым необходимость срочного оперативного вмешательства, а при большом сроке заболевания – подготовить больного к операции.

Консервативная терапия, основанная на патогенетических принципах, включает в себя комплекс лечебных мероприятий, которые направлены на улучшение оттока желчи в кишечник, нормализацию нарушенных процессов метаболизма и восстановление нормальной деятельности других систем организма. В комплекс лечебных мероприятий необходимо включать: 1) голод в течение 2-3 дней; 2) применение «пузыря» со льдом на область правого подреберья; 3) промывание желудка при сохранении тошноты и рвоты; 4) назначение в инъекциях спазмолитиков (атропин, платифиллин, но-шпа, или папаверин) 3 раза в день. Назначение обезболивающих препаратов при остром холецистите считается недопустимым, так как снятие болей нередко сглаживает картину заболевания и приводит к просмотру момента прободения желчного пузыря.

Важным компонентом лечебных мероприятий при остром холецистите является выполнение правосторонней паранефральной блокады 0,5 % раствором новокаина в количестве 80 – 100 мл. Паранефральная новокаиновая блокада не только снимает болевые ощущения, но и улучшает отток инфицированной желчи из желчного пузыря и желчных протоков благодаря усилению сократительной способности пузыря и снятию спазма сфинктера Одди (сфинктер печечно-поджелудочной ампулы). Восстановление дренажной функции желчного пузыря и опорожнение его от гнойной желчи способствуют быстрому стиханию воспалительного процесса.

С учетом показаний назначают гликозиды, кокарбоксиллазу, панангин, эуфиллин и гипотензивные средства.

К назначению антибиотиков при остром холецистите многие хирурги относятся отрицательно или по крайней мере рекомендуют применять их с большой осторожностью, аргументируя это следующим. Антибиотики не могут остановить и даже существенно ограничить деструктивный процесс в стенке желчного пузыря. Вместе с тем, снижая температуру и лейкоцитоз, антибактериальные препараты как бы «затушевывают» коиническую картину болезни, мешают объективной оценке ее симптомов, маскируют развитие осложнений, вследствие чего может быть упущен момент для своевременного оперативного вмешательства.

Справедливости ради необходимо заметить, что не только применение антибиотиков, но и весь комплекс интенсивной терапии, улучшая состояние больного, в большей или меньшей степени изменяют клинику заболевания. Следовательно, задача врача состоит в том, чтобы оценить симптоматику с учетом влияния проводимых консервативных мероприятий. Исходя из этого нет оснований к столь сдержанному отношению к антибиотикам при остром холецистите. Более того, принимая во внимание сущность патологического процесса, в основе которого лежит гнойная инфекция, применение антибиотиков следует считать действенным терапевтическим мероприятием.

Крайне важен правильный подбор антибактериальных препаратов. При остром холецистите показано применение только тех антибиотиков, которые в достаточной концентрации накапливаются в пузырной желчи и к которым чувствительна вызвавшая острый холецистит микробная флора.

7. Хирургическое лечение.

Обезболивание. В современных условиях основным видом обезболивания при операциях по поводу острого холецистита и его осложнений является эндотрахеальный наркоз с релаксантами. В условиях общей анестезии сокращаются сроки выполнения операции, облегчаются манипуляции на общем желчном протоке, обеспечивается профилактика интраоперационных осложнений. Местную анестезию можно применять только при наложении холецистостомы.

Хирургические доступы. Для доступа к желчному пузырю и внепеченочным желчным протокам предложено множество разрезов передней брюшной стенки, но наибольшее распространение получили разрезы Кохера, Федорова, Черни и верхнесрединная лапаротомия. Оптимальными являются разрезы в правом подреберье по Кохеру и Федорову. Они обеспечивают хороший доступ к шейке желчного пузыря и магистральным желчным протокам, а также удобны для оперативного вмешательства на большом дуоденальном сосочке.

Объем оперативного вмешательства. При остром холецистите он определяется общим состоянием больного, тяжестью основного заболевания и наличием сопутствующих изменений во внепеченочных желчных протоках. В зависимости от этих обстоятельств характер операции может заключаться в холецистостомии или холецистэктомии, которая при наличии показаний дополняется холедохотомией и наружным дренированием желчных протоков или созданием билиодегистивного анастомоза.

Окончательное решение об объеме оперативного вмешательства принимается только после тщательной ревизии внепеченочных желчных протоков, которая проводится с помощью простых и доступных методов исследования (осмотр, пальпация, зондирование через культю пузырного протока или вскрытый общий желчный проток), включая интраоперационную холангиографию. Проведение интраоперационной холангиографии является обязательным элементом операции по поводу острого холецистита. Лишь по данным холангиографии можно достоверно судить о состоянии желчных протоков, их расположении, ширине, наличии или отсутствии камней и стриктур. На основании холангиографических данных аргументируют вмешательство на общем желчном протоке и выбора способа коррекции его поражения.

Холецистэктомия. Удаление желчного пузыря является основной операцией при остром холецистите, ведущей к полному выздоровлению больного. Применяют, как известно, два способа холецистэктомии – от шейки и от дна. Несомненные преимущества имеет способ удаления от шейки. При этом способе к выделению желчного пузыря из ложа печени приступают после пересечения и перевязки пузырного протока и пузырной артерии. Разобщение желчного пузыря с желчными протоками является мерой профилактики миграции камней из пузыря в протоки, в предварительная перевязка артерии обеспечивает бескровное удаление пузыря. К удалению желчного пузыря от дна прибегают при наличии в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки. Выделение желчного пузыря от дна позволяет ориентироваться в расположении пузырного протока и артерии и установить топографическое отношение к их элементам печеночно-двенадцатиперстной связки.

Обработку культи пузырного протока, длина которой не должна превышать 1 см, производят не тотчас после удаления пузыря, а после того, как проведены интраоперационная холангиография и зондирование желчных

протоков, используя для этих целей культю протока. Перевязывать ее нужно дважды шелком, причем 1 раз с прошиванием.

Ложе желчного пузыря в печени ушивают кетгутом, предварительно добившись гемостаза в нем путем электрокоагуляции кровоточащих сосудов. Ложе пузыря нужно ушивать таким образом, чтобы хорошо адаптировались края всей раневой поверхности печени и не образовались при этом полости.

Холецистостомия. Несмотря на паллиативный характер этой операции, она и в настоящее время не утратила своего практического значения. Как малотравматичная операция, холецистостомия применяется у наиболее тяжелых и ослабленных больных, когда степень операционного риска особенно высока.

Операции на внепеченочных желчных протоках. Сочетание острого холецистита с поражениями внепеченочных желчных протоков требует расширения объема оперативного вмешательства, включая вскрытие общего желчного протока. В настоящее время показания к холедохотомии четко определены, и ими являются:

- 1) механическая желтуха при поступлении и в момент операции;
- 2) холангит;
- 3) расширение внепеченочных желчных протоков;
- 4) камни желчных протоков, определяемые пальпаторно и на холангиограммах;
- 5) стриктура терминального отдела общего желчного протока, подтвержденная результатами интраоперационной холангиографии, зондирования большого дуоденального сосочка и манометрии.

Вскрытие общего желчного протока производят в супрадуоденальном отделе его ближе к двенадцатиперстной кишке. Нерасширенный желчный проток лучше вскрывать поперечным разрезом, чтобы при последующем

ушивании поперечного разреза не образовалось сужения протока. При расширенном желчном протоке производят как продольный, так и поперечный разрезы.

При наличии камней в желчных протоках необходимо их удалить и промыть протоки раствором новокаина, после чего тщательно произвести ревизию терминального отдела общего желчного протока, большого дуоденального сосочка, где чаще всего камни просматриваются. Для обнаружения камней в большом дуоденальном сосочке (ущемленных, флотирующих) следует мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру и пальпировать сосочек на зонде. Для исключения стеноза большого дуоденального сосочка проверяют его проходимость зондом диаметром 3-4 мм. При отсутствии стеноза зонд свободно проходит в просвет кишки и легко пальпируется через ее стенку.

Важным этапом операции является правильный выбор способа завершения холедохотомии. Существуют различные пути окончания холедохотомии: 1) ушивание раны желчного протока наглухо; 2) наружное дренирование желчных протоков; 3) создание желчно-кишечного соустья путем формирования холедоходуоденоанастомоза или трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

Ушивание раны общего желчного протока наглухо при остром холецистите многие считают недопустимым, во-первых, потому, что в условиях воспалительной инфильтрации и сопутствующей желчной гипертензии возможно прорезывание швов и просачивание желчи через швы протока; во-вторых, еще и потому, что при глухом шве общего желчного протока исключается возможность выявления в послеоперационном периоде оставленных камней в протоках и недиагностированного стеноза большого дуоденального сосочка, поскольку невозможно произвести контрольную фистулохолангиографию.

Наружное дренирование желчных протоков. Каждая холедохотомия, предпринятая при остром холецистите с диагностической или лечебной целью, должна заканчиваться наружным дренированием желчных протоков при условии их свободной проходимости. Наружное дренирование желчных протоков может быть произведено следующими способами: 1) по Аббе – полиэтиленовым катетером, вводимым через культю пузырного протока; 2) по Керу – Т-образным латексным дренажем; 3) по А. В. Вишневскому – дренажем-сифоном. К выбору способа дренажа подходят с учетом патологии в протоках и характера хирургического вмешательства.

При таких осложнениях, как стриктура и ущемленных камень большого дуоденального сосочка, возможно внутреннее дренирование желчных протоков трансдуоденальной папиллосфинктеротомией или холедоходуоденоанастомозом. Однако, при наличии воспалительного процесса в брюшной полости существует угроза развития недостаточности швов анастомоза.

Послеоперационный период. В послеоперационном периоде необходимо продолжить интенсивную терапию, направленную на коррекцию нарушенных метаболических процессов и принять меры по профилактике послеоперационных осложнений.

Основу лечебных мероприятий послеоперационного периода составляет инфузионная терапия, включающая введение солевых и белковых растворов, 5 и 10 % растворов глюкозы, панангина, кокарбоксилазы, витаминов группы В и витамина С. Для улучшения реологического состояния крови и микроциркуляции в жизненноважных органах (печень, почки) назначают введение реополиглюкина (400 мл) и компламина (300-600 мг), гемодеза. При тенденции к олигурии которая бывает связана с функциональной недостаточностью почек, необходимо своевременно стимулировать диуреза введением лазикса или маннитола. В целях улучшения функции печени вводят сирепар или эссенциале. Инфузионная терапия в объеме 2-2,5 л жидкости в

сутки должна проводиться в течение 3-4 дней; по мере улучшения состояния больного и исчезновения интоксикации объем вводимой парентерально жидкости сокращают.

Профилактика нагноительных процессов в брюшной полости и операционной ране проводится в ходе самой операции и в послеоперационном периоде. Важнейшими мероприятиями этого плана являются промывание подпеченочного пространства растворами антисептиков (хлоргексидин) и назначение антибиотиков широкого спектра действия (ампиокс, канамицин, цефопин, гентамицин, мономицин и др.).

У лиц пожилого возраста принимают меры по профилактике венозных тромбозов и тромбозэмболических осложнений, которые нередко являются причинами смертельных исходов. С этой целью важно с первых суток после операции активизировать больного, проводить лечебную гимнастику, бинтовать нижние конечности эластическими бинтами. Необходимо следить за состоянием системы гемостаза; при выявлении резкого гиперкоагуляционного сдвига, близкого к тромботическому состоянию, назначают антикоагулянтную терапию (гепарин по 5000 ЕД 4 раза в сутки внутримышечно под контролем тромбозэластограммы).

Проведение в пред- и послеоперационном периодах полноценной коррекции нарушенных систем гомеостаза и подавление антибиотиками воспалительного процесса в брюшной полости играют важную роль в благоприятных исходах операций при остром холецистите.

Заключение

Острый холецистит — одно из наиболее распространенных заболеваний желчного пузыря. Хронический холецистит, как правило возникает в результате повторных приступов острого. Первично хронический холецистит наиболее часто протекает на фоне желчекаменной болезни.

В возникновение острого холецистита главной причиной является инфекция. В желчный пузырь она может проникать тремя путями: через кровь, из кишечника через проток пузыря, по лимфатическим сосудам. С кровью и лимфой инфекция попадает в желчный пузырь только при нарушенной обезвреживающей функции печени. При нарушениях двигательной функции желчного протока бактерии могут попасть из кишечника. Воспаление в желчном пузыре при попадании инфекции в желчный пузырь не происходит, если только не нарушена его двигательная функция и нет задержки желчи.

Тем не менее, несмотря на выработанные методики по лечению острого холецистита, следует не забывать, что со стороны же врача требуется просветительская работа по профилактике данного заболевания среди населения для снижения случаев осложнений.

Список использованной литературы

1. Болотовский Г. В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря. Медицина, 2014 г.
2. Кондратенко П.Г., Васильев А.А. Экстренная хирургия желчных путей. - М.: Москва. 2015 г.
3. Шалимов А.А., Шалимов С.А. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - К.: Здоровье, 2015 г.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 9 группы
Гончарова Г.К.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью оформлена в соответствии с требованиями, предусмотренными программой производственной практики направления практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся дал полные, развернутые ответы на дополнительные вопросы, показал совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи.

Автором проанализировано достаточное количество литературных источников по изучаемой проблеме, дан их сравнительный анализ, определены литературные источники и авторы, наиболее приблизившиеся к пониманию и анализу данной проблемы с позиции автора.

Работа изложена литературным языком, логична, доказательна, демонстрирует авторскую позицию студента.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «отлично».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент

Кухтенко Ю.В.