

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультета

Научно-исследовательская работа на тему:  
«Тактика хирурга при остром холецистите.»

Работу выполнила:

Студентка IV курса 9 группы

Педиатрического факультета

Ефанова Виктория Алексеевна

*Проверил:*  
*Кухтенко Ю. В.*  
*«отм.»*

Волгоград, 2018

# Оглавление

Введение .....	3
Этиология и патогенез .....	4
Клиническая картина и диагностика .....	5
Консервативное лечение .....	8
Предоперационная подготовка .....	9
Анестезиологическое обеспечение операции.....	9
Показания к оперативному лечению .....	10
Способы холецистэктомии .....	12
Тактика хирурга при остром холецистите .....	14
Послеоперационный период.....	17
Литература.....	19

# Введение

Острое воспаление желчного пузыря является одним из наиболее частых осложнений желчнокаменной болезни. Примерно в 90% наблюдений острый холецистит развивается на фоне ЖКБ, а в 10% - при отсутствии камней в желчном пузыре и поэтому обозначается как острый «бескаменный» холецистит (часто развивается у тяжелобольных пожилого возраста и сопровождается большим числом осложнений и более высокой летальностью). Различают следующие формы острого холецистита: катаральный, флегмонозный, гангренозный. Осложнениями острого холецистита являются: перфорация желчного пузыря с возникновением местного или распространенного перитонита (развивается лишь в 1-3% наблюдений), эмпиема и водянка желчного пузыря, паравезикальный абсцесс, реактивный гепатит (при переходе воспалительного процесса с желчного пузыря на паренхиму печени), механическая желтуха, острый холангит, абсцесс печени.

## Этиология и патогенез

Обтурационный холецистит. Желчнокаменная болезнь. Холестериновый тип (90 — 95% наблюдений). Холестериновые или смешанные камни. Причина образования — концентрация «литогенной» желчи в желчном пузыре. Камни первично генерируются в желчном пузыре, затем распространяются по билиарному тракту. Соответственно распространяются патологические изменения. Холецистэктомия, как правило, прерывает процесс камнеобразования.

Желчнокаменная болезнь. Билирубиновый тип (5 — 10% наблюдений). Билирубиновые камни. Основные причины — гемолитические состояния, гиперспленизм, патология печени, некоторые паразитарные заболевания. Камни образуются в любых отделах желчевыводящих путей. Холецистэктомия не всегда прерывает процесс камнеобразования. Необходимо лечение основного заболевания, при гиперспленизме показана спленэктомия.

Острый калькулезный холецистит может быть первым клиническим проявлением ЖКБ на фоне практически неизменных желчевыводящих путей. В то же время длительное осложненное течение холелитиаза может приводить к формированию патологических процессов, требующих целенаправленной диагностики и лечения (холангиолитиаз, стеноз БСДК, хронический панкреатит, билиарный цирроз печени, внутренние желчные свищи и др.).

Ферментативный холецистит. Панкреатогенное поражение стенок желчного пузыря, обусловленное проходящими нарушениями функции БСДК. Следует учитывать, что аналогичные изменения (ферментативный отек, желчное пропитывание) могут происходить в стенках общего желчного протока.

Описторхоз. Требуется специальной диагностики и лечения в послеоперационном периоде.



Ишемический некроз желчного пузыря (ишемический «гангренозный холецистит»). В случаях, когда причиной заболевания является тромбоз или эмболия пузырного протока, следует учитывать вероятность одномоментной или развивающейся поэтапно окклюзии артериальных сосудов других органов (кишечник, печень, почки, нижние конечности).

## **Клиническая картина и диагностика**

Различают следующие клинико-морфологические формы острого холецистита: катаральный, флегмонозный и гангренозный (с перфорацией желчного пузыря или без нее).

**Катаральный холецистит** характеризуют интенсивные постоянные боли в правом подреберье, эпигастральной области с иррадиацией в правую лопатку, плечо, правую половину шеи. В начале заболевания боли могут носить приступообразный характер за счет усиленного сокращения стенки желчного пузыря, направленного на ликвидацию окклюзии шейки пузыря или пузырного протока. Часто возникает рвота желудочным, а затем

дуоденальным содержимым, не приносящая пациенту облегчения. Температура тела повышается до субфебрильных цифр. Развивается умеренная тахикардия до 80—90 ударов в 1 мин, иногда наблюдается некоторое повышение артериального давления. Язык влажный, может быть обложен беловатым налетом. Живот участвует в акте дыхания, отмечается лишь некоторое отставание верхних отделов правой половины брюшной стенки в акте дыхания. При пальпации и перкуссии живота возникает резкая болезненность в правом подреберье, особенно в области проекции желчного пузыря. Напряжение мышц брюшной стенки отсутствует или выражено незначительно. Симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского—Мюсси положительные. У 20 % больных можно прощупать увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. В анализе крови отмечают умеренный лейкоцитоз ( $10—12 \cdot 10^9/\text{л}$ ). Катаральный холецистит, как и печеночную

колику, у большинства больных провоцируют погрешности в диете. В отличие от колики приступ острого катарального холецистита бывает более продолжительным (до нескольких суток) и сопровождается неспецифическими симптомами воспалительного процесса (гипертермия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ).

**Флегманозный холецистит** имеет более выраженную клиническую симптоматику: боли значительно интенсивнее, чем при катаральной форме воспаления, усиливаются при дыхании, кашле, перемене положения тела. Чаше возникают тошнота и многократная рвота, ухудшается общее состояние больного, температура тела достигает фебрильных цифр, тахикардия возрастает до 100 ударов в 1 мин и более. Живот несколько вздут за счет пареза кишечника, при дыхании больной щадит правую половину брюшной

стенки, кишечные шумы ослаблены. При пальпации и перкуссии живота возникает резкая болезненность в правом подреберье, здесь же отмечается выраженная мышечная защита; нередко можно определить воспалительный

инфильтрат или увеличенный болезненный желчный пузырь. При исследовании определяются положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом верхнем квадранте живота, симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского - Мюсси, лейкоцитоз до  $12\text{--}18 \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ. Отличительным признаком флегмонозного процесса является переход воспаления на париетальную брюшину. Отмечается увеличение желчного пузыря: стенка его утолщена, багрово-синюшного цвета. На покрывающей его брюшине имеется фибринозный налет, в просвете — гнойный экссудат. Если при катаральной форме острого холецистита при микроскопическом исследовании отмечают лишь начальные признаки воспаления (отек стенки пузыря, гиперемия), то при флегмонозном холецистите выявляют выраженную инфильтрацию стенки пузыря



лейкоцитами, пропитывание тканей гнойным экссудатом, иногда с образованием мелких гнойников в стенке пузыря.

**Гангренозный холецистит** обычно является продолжением флегмонозной стадии воспаления, когда естественные защитные механизмы организма не в состоянии ограничить распространение вирулентной микрофлоры. На первый план выступают симптомы выраженной интоксикации с явлениями местного или общего гнойного перитонита, что особенно выражено при перфорации стенки желчного пузыря. Гангренозную форму воспаления наблюдают чаще у людей пожилого и старческого возраста со сниженными регенеративными способностями тканей, снижением реактивности организма и нарушением кровоснабжения стенки желчного пузыря за счет атеросклеротического поражения абдоминальной части аорты и ее ветвей.

При переходе воспалительного процесса в гангренозную форму может наступить некоторое уменьшение болевых ощущений и кажущееся улучшение общего состояния больного. Это связано с гибелью чувствительных нервных окончаний в желчном пузыре. Однако довольно быстро этот период мнимого благополучия сменяют нарастающая интоксикация и симптомы распространенного перитонита. Состояние больных становится тяжелым, они вялы, заторможены. Температура тела фебрильная, развивается выраженная тахикардия (до 120 ударов в 1 мин и более), дыхание учащенное и поверхностное. Язык сухой, живот вздут за счет пареза кишечника, правые его отделы не участвуют в акте дыхания, перистальтика резко угнетена, а при распространенном перитоните отсутствует. Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки становится более выраженным, выявляются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно иногда определяют притупление звука над правым латеральным каналом живота. В анализах крови и мочи высокий лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, нарушение электролитного состава крови и кислотно-основного состояния, в

моче — протеинурия, цилиндрурия (признаки деструктивного воспаления и тяжелой интоксикации).

Острый холецистит у лиц пожилого и особенно старческого возраста со снижением общей реактивности организма и наличием сопутствующих заболеваний имеет стертое течение: нередко отсутствуют интенсивные болевые ощущения, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки не выражено, нет высокого лейкоцитоза. В связи с этим возникают довольно серьезные затруднения в диагностике острого холецистита, оценке состояния и выборе метода лечения.

В типичных случаях диагностика острого холецистита не представляет серьезных проблем. Вместе с тем сходная клиническая картина может возникать при остром аппендиците, остром панкреатите, перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки, почечной колике и некоторых других острых заболеваниях органов брюшной полости.

Среди инструментальных способов диагностики острого холецистита ведущая роль принадлежит ультразвуковому исследованию, при котором можно выявить утолщение стенки желчного пузыря, конкременты в его просвете, экссудат в подпеченочном пространстве. Из инвазивных методов исследования большое распространение получила лапароскопия, позволяющая визуально оценить характер морфологических изменений в желчном пузыре. Оба этих способа могут быть использованы и в качестве лечебных процедур в сочетании с пункцией желчного пузыря и его наружным дренированием.

## **Консервативное лечение**

1. Показано при остром неосложненном катаральном холецистите.
2. Допустимо при неясной форме воспаления желчного пузыря. При этом уточнение диагноза осуществляется в течение 5 — 6 часов по результатам лечения. Его неэффективность подтверждает гнойно-деструктивный характер воспаления желчного пузыря или наличие



обтурации. Высокая частота «слепых» предоперационных диагнозов является следствием недостаточной квалификации или технической оснащенности дежурной бригады.

3. В случаях вынужденного ограничения лечебной тактики консервативными мероприятиями, особенно у больных с высоким операционным риском, следует учитывать:

а) ограниченность возможностей консервативного лечения обтурационного холецистита и его полную бесперспективность после присоединения гнойно-деструктивных изменений,

б) нецелесообразность антибактериальной терапии собственно обтурационного холецистита,

в) улучшение состояния больного, уменьшение боли и сокращение размеров напряженного пузыря не являются критериями купирования патологического процесса и основаниями для отмены неотложной операции.

## **Предоперационная подготовка.**

Перед операцией производится опорожнение мочевого пузыря, гигиеническая обработка зоны предстоящей операции, выведение желудочного содержимого толстым зондом (по показаниям). Медикаментозная предоперационная подготовка проводится по общим правилам и в сжатые сроки. Основаниями для нее являются: распространенный перитонит, сопутствующие заболевания в стадиях суб- и декомпенсации, органные и системные дисфункции. Допустима ее обоснованная замена соответствующей инфузионной терапией в ходе наркоза и операции. Профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений.

## **Анестезиологическое обеспечение операции.**

Наиболее целесообразным видом анестезиологического пособия является общая анестезия с ИВЛ. При выполнении холецистостомии, чрескожных чреспечечных и эндоскопических пероральных вмешательств может использоваться местная анестезия в сочетании с атаралгией.

## Показания к оперативному лечению

1. Неотложная операция показана:

- при обструкции желчного пузыря и гнойно-деструктивных формах (флегмона, гангрена, перфорация), а также при наличии признаков неотграниченного перитонита (в т.ч. местного),
- при неэффективности попытки пробного консервативного купирования острого неосложненного холецистита,
- в диагностически неясных ситуациях для исключения деструктивных форм острого холецистита рекомендуется использовать лапароскопию.

2. При отсутствии перитонита и условий для выполнения неотложной операции в ночное время она может быть отложена до утра.

3. Операцией выбора следует считать холецистэктомия. Предпочтение должно отдаваться минимально инвазивным способам ее выполнения (видеолапароскопия, минидоступ) с учетом медицинских показаний и противопоказания к каждому методу, оснащенности конкретного лечебного учреждения и опыта оперирующей бригады.

Показания к интраоперационной холангиографии при выполнении холецистэктомии являются: наличие мелких (меньше 3 мм) конкрементов в желчном пузыре, признаков желчной гипертензии (по данным УЗИ), гипербилирубинемия, указание в анамнезе на приступы холедохоэальных коликов. Интраоперационная холангиография может быть заменена предоперационными (МРхолангиография, ЭРХПГ) или другими интраоперационными (интраоперационное УЗИ желчных протоков, интраоперационная фиброхолангиоскопия) исследованиями. Наличие сопутствующего острого отека в поджелудочной железе является



противопоказанием к холецистэктомии. Ложе желчного пузыря после достижения гемостаза (электрокоагуляция, лазер, прошивание кровоточащих сосудов и т.п.) при остром холецистите лучше не ушивать. В подпеченочное пространство рекомендуется устанавливать контрольный (сигнальный) дренаж. Мероприятия, направленные на выявление и устранение патологии протоков (холангиолитиаз) и БСДК должны предприниматься на всех этапах лечения больных острым холециститом: перед абдоминальной операцией (анализ клинических проявлений, данных лабораторных исследований, УЗИ, МРхолангиография, ЭРХПГ и др.), во время ее выполнения (визуальная и инструментальная ревизия внепеченочных желчных протоков, интраоперационные УЗИ и холангиография, фиброхолангиоскопия) и в послеоперационном периоде (ЭПСТ и папиллодилатация, интраоперационное удаление камней, чредренажная и чресфистульная инструментальная санация желчных протоков, дистанционная ударно-волновая и контактная литотрипсии, чрескожные чреспеченочные вмешательства). Вмешательства на протоках (холедохотомия, холедохолитотомия, различные виды дренирования холедоха) выполнимы при ЛХЭ, но требуют дополнительного оснащения и достаточной квалификации хирурга. Выполнение данного этапа операции при МХЭ требует меньших затрат и технически легче осуществимо. Чресфистульная санация желчных протоков в послеоперационном периоде в качестве завершающего этапа лечения может проводиться после перевода больных в специализированные отделения, располагающие специализированным оборудованием. Удаленный желчный пузырь для верификации диагноза должен быть направлен на гистологическое исследование. Предварительное продольное рассечение и осмотр его слизистой оболочки оперирующим хирургом повышают точность диагностики. Экссудат, содержимое абсцессов и фрагменты желчного пузыря должны направляться на бактериологическое исследование для идентификации микрофлоры и уточнения ее чувствительности к антибиотикам.



**При выборе способа холецистэктомии рекомендуется учитывать рекомендации международной согласительной встречи по лечению острого холецистита и холангита (Tokyo guidelines, 2006, 2013 г.)**

### **Степень I (легкий) острый холецистит**

Острый холецистит у практически здорового пациента без органических дисфункций и умеренными воспалительными изменениями в желчном пузыре, что делает холецистэктомию относительно безопасной хирургической процедурой.

### **Степень II (средней тяжести) острый холецистит**

Сопровождается одним из следующего:

- лейкоцитоз  $> 18 \times 10^9/\text{л}$ ,
- пальпируемый инфильтрат в правом верхнем квадранте живота,
- срок от начала жалоб свыше 72 часов,
- выраженное локальное воспаление (гангренозный холецистит, перивезикальный абсцесс, желчный перитонит, эмфизематозный холецистит).

### **Степень III (тяжелый) острый холецистит**

Сопровождается дисфункцией одного из исследуемых органов и систем:

- сердечнососудистые нарушения (гипотензия, требующая коррекции дофамином в дозе  $>$  или  $= 5 \text{ мг/кг}$  в минуту или любой дозой добутамина или норадrenalина),
- неврологические нарушения (снижение уровня сознания),
- дыхательные нарушения (соотношение  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ),
- почечная недостаточность (олигоурия, креатинин  $> 177 \text{ мкмоль/л}$ ),
- печеночная дисфункция ( $\text{МНО} > 1,5$ ),
- тромбоциты  $< 100.000$ .

## **Способы холецистэктомии**

1. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) — минимально инвазивный способ хирургического лечения острого холецистита,

рекомендуемый для хорошо оснащенных хирургических стационаров, располагающих возможностью круглосуточного применения подобных вмешательств. Применение ЛХЭ наиболее целесообразно у больных неосложненным острым холециститом (первая степень, Tokyo guidelines, 2006, 2013), Развившемся на фоне ранних стадий желчнокаменной болезни (холецистолитиаз или хронический калькулезный холецистит). Реализация ЛХЭ у больных холециститом «средней тяжести» сопровождается повышенным риском ятрогенных осложнений. Следует также иметь в виду, что даже при «легком» течении острого холецистита, развившегося на фоне запущенных форм ЖКБ (холангиолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки /БСДК/) — ЛХЭ «в чистом виде» нецелесообразна без полноценной диагностики всего билиарного тракта (МР-холангиография, интраоперационное УЗИ, интраоперационная холангиография, интраоперационная фиброхолангиоскопия) и хирургической коррекции всех имеющихся изменений. Применение ЛХЭ противопоказано у больных с органическими дисфункциями («тяжелый» холецистит, Tokyo guidelines, 2006, 2013), а также при распространенном перитоните, осложненном тяжелым абдоминальным сепсисом или септическим шоком. Выполнение ЛХЭ рекомендуется выполнять у больных острым холециститом I степени без признаков сопутствующего холангиолитиаза не позднее 48 часов с начала заболевания.

**2. Минилапаротомная холецистэктомия (МХЭ)** — минимально инвазивный способ, рекомендуемый для лечения местно осложненных форм острого холецистита (холецистит средней степени тяжести, исключение — плотный перивезикальный инфильтрат), при «легком» холецистите на фоне холангиолитиаза, стеноза БСДК, а также в качестве конверсии при возникновении технических сложностей реализации ЛХЭ. МХЭ может также применяться в качестве более простой, менее затратной и не требующей сложного оборудования альтернативы ЛХЭ у больных «легким» холециститом. Применение МХЭ нецелесообразно у больных с органическими



дисфункциями («тяжелый» холецистит, Tokyo guidelines, 2006, 2013), при распространенном перитоните, осложненном тяжелым абдоминальным сепсисом или септическим шоком.

**3. Традиционная (лапаротомная) холецистэктомия** при «легком» и «средней тяжести» течении острого холецистита может быть рекомендована в случаях отсутствия условий для применения менее инвазивных методик, в качестве конверсии, для ликвидации осложнений, а также - при наличии распространенных форм перитонита с явлениями тяжелого сепсиса и (или) септического шока, требующих открытых вмешательств и открытого ведения брюшной полости. Соответственно, при оказании неотложной хирургической помощи больным острым холециститом с помощью минимально инвазивных методик должны быть предусмотрены технические и кадровые условия для завершения любой операции широкой лапаротомией.

## **Тактика хирурга при остром холецистите**

Первым этапом лечения является купирование острого процесса путем деблокады зоны окклюзии: наружное отведение содержимого из заблокированного желчного пузыря и внутреннее или наружное — из заблокированных протоков. При неинфицированной механической желтухе могут использоваться трубчатые устройства с «капиллярным» просветом, при гнойном холангите для этих целей рекомендуется применять дренажи, имеющие просвет 1,5 — 2 мм и более. Холецистотомия также малоэффективна при гнойном холангите, так как сладж и детрит при этом способе дренирования остаются в желчных протоках.

### **Острый (обтурационный) холецистит.**

При навигационных тонкоигольных пункциях воспаленного желчного пузыря пассивное отхождение содержимого требуется дополнять активной аспирацией содержимого. В последующем воспалительная экссудация в



просвет которого время продолжается, что требует тщательного наблюдения за течением холецистита, брюшины и окружающих органов. В части случаев требуются повторные пункции. Пункционную катетеризацию желчного пузыря («пункционная микрохолецистостомия») рекомендуется реализовывать с применением устройств, обеспечивающих надежную фиксацию дренирующего катетера в просвете желчного пузыря и герметизацию пункционного канала на катетере.

Весьма желательной также представляется фиксация желчного пузыря к передней брюшной стенке. Использование для этих целей обычных трубок опасно риском миграции дренирующего катетера в свободную брюшную полость и подтекания содержимого в брюшную полость. Рекомендуемой операцией также является формирование холецистостомы хирургическим путем (трубчатая холецистостомия, лапароскопическая или из минидоступа) на дренаже достаточного диаметра, обеспечивающей декомпрессию желчного пузыря и адекватное дренирование его содержимого через канал, надежно отграниченный от брюшной полости. При установке дренажа в просвет желчного пузыря следует иметь в виду, что после дренирования размеры пузыря уменьшаются и конец дренажа может вклиниться в шейный отдел, блокируя отток желчи из протоков. Правильно установленный дренаж должен заканчиваться в теле желчного пузыря.

### **Вторичный (катаральный) холецистит при механической желтухе.**

Наиболее целесообразно транспапиллярное разрешение механической желтухи (ЭПТ, ЭПСТ, НБД). Желчный пузырь обычно не требует срочной декомпрессии или дренирования после ее разрешения. При отсутствии технической возможности можно рекомендовать одновременное вмешательство на желчном пузыре и протоках из минидоступа (холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохоскопия, холедохостомия). Рекомендуемый способ завершения вмешательств на протоках при реализации этапного лечения — их наружное дренирование T-образным или опущенным дренажем достаточного диаметра (желательно 4 — 5 мм, при

этом дренаж не должен занимать более  $2/3$  —  $4/5$  просвета дренируемого протока). У наиболее тяжелых пациентов можно ограничиться холецистотомией.

**Эмпиема желчного пузыря при гнойном холангите**, в том числе возникающая в результате из окклюзии камнем в свище между желчным пузырем и общим печеночным протоком (**Синдром Мирizzi**), в качестве первого этапа помощи требует наружного дренирования и желчного пузыря и заблокированной части протоков. Наиболее безопасным способом разрешения гнойного холангита следует считать ЭПТ с назобилиарным дренированием (стентированием) протоков выше места окклюзии. Холангиографию при этом следует выполнять с осторожностью, избегая повышения давления в желчных протоках, объем вводимого рентгеноконтрастного раствора следует ограничивать (5,0 мл). Для профилактики острого панкреатита рекомендуется использовать нестероидные противовоспалительные средства, антисекреторные препараты и синтетические аналоги соматостатина. Метод резерва — одновременная операция на желчном пузыре и протоках из минидоступа (холецистостомия или холецистэктомия + холедохостомия). Удаление желчного пузыря необязательно, но возможно при благоприятных условиях в ране и отсутствии угрожающих системных расстройств. Для дренирования протоков может быть также использована чрескожная чреспеченочная холангиостомия с использованием дренажей, имеющих внутренний просвет не менее 2 — 3 мм. Открытая операция должна рассматриваться как крайняя мера (риск усугубления системных дисфункций). Изолированная холецистостомия недостаточно эффективна при гнойном холангите. Отток гнойной желчи через пузырный проток затруднен. Обычно оттекают только наиболее жидкие фракции содержимого, а фибрин и детрит остаются в протоках, продолжая служить субстратом для размножающейся микрофлоры.



Второй этап: При сохраненном желчном пузыре и оставшейся патологии протоколов — плановая трансабдоминальная операция (минидоступ или открытая операция, по показаниям — ЭПТ или чресфистульная санация протоков) или эндоскопическая папиллотомия с последующей транс абдоминальной холецистэктомией (видеолапароскопия, минидоступ, открытая операция). При планировании холецистэктомии вторым этапом (после ЭПТ) следует учитывать существенный риск инфицирования желчного пузыря и возникновения острого холецистита в результате потери автономности билиарного тракта. При отсутствии выраженных воспалительных изменений в желчном пузыре и печеночной недостаточности целесообразна ранняя холецистэктомия через 2 — 3 дня после разрешения желтухи (печеночной недостаточности). При удаленном желчном пузыре и необходимости продолжения санации протоков — чресфистульное удаление конкрементов через 3 — 4 недели после операции, плановая пероральная эндоскопическая папиллотомия, чрескожная чреспеченочная холангиостомия или повторное открытое вмешательство на протоках из широкой лапаротомии. Реализацию 2-го этапа лечения у больных обтурационным гнойным холангитом целесообразно откладывать на 2 — 3 месяца после его купирования.

## **Послеоперационный период**

Общий анализ крови назначается на следующий день и на 6 — 7 сутки после операции, а также за сутки перед выпиской, независимо от длительности госпитализации. Швы снимают на 5 — 10 сутки в зависимости от способа холецистэктомии. Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, ВТЭК, реабилитация Среднее пребывание больных в стационаре после традиционной холецистэктомии 10 — 12 суток. После лапароскопических вмешательств и операций из минидоступа продолжительность госпитализации может быть уменьшена до 3 — 6 суток. Общая продолжительность нетрудоспособности — 30 — 45 дней. При



экспертизе уровня качества лечения следует учитывать, что оптимальная продолжительность госпитализации и общей реабилитации больных острым холециститом после минимально инвазивной холецистэктомии (видеолапароскопия, минидоступ) в 2 — 4 раза меньше, чем после открытой операции. В случае ранней выписки на 7 — 8 сутки назначается явка в хирургический стационар для контрольного осмотра и снятия швов, общая продолжительность нетрудоспособности — 14 — 21 день.

## Литература

1. Хирургические болезни: Учеб. / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин и др.; Под ред. М.И. Кузина.-3-е изд, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2009.-784 с.
2. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т / Савельев В.С. [и др.]; под общ. ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008.
3. Шотт, А.В. Курс лекций по частной хирургии / А.В. Шотт, В.А. Шотт. – Минск: Асар, 2011. – 525 с.
4. Ковалев, А.И. Пропедевтика хирургической патологии / А.И. Ковалев [и др.]; под общ. ред. Ковалева А.И., Чадаева А.П. — М.: Медицинская книга, 2009. —640 с.
5. Жебровский, В.В. Осложнения в хирургии живота: Руководство для врачей / В.В. Жебровский, А.Д. Тимошин, С.В. Готье [и др.]. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. — 448 с.

## 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  
Ефановой В.А.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии. Качество литературы и надежность информационных источников, логичность, убедительное изложение материала с использованием данных экспериментальных исследований, доказательств материалов, найденных в процессе работы студента позволяют признать аргументированность исследования.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, и заслуживает оценки «отлично».

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



Кухтенко Ю.В.