

ФГБОУ ВО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней педиатрического и
стоматологического факультетов

**Научно-исследовательская работа
по производственной практике
«Помощник врача стационара»**

на тему:

Острый холецистит

Выполнила: студентка 5 группы,
4 курса, педиатрического факультета
Жукова Ю. А.

Проверил: к.м.н., доцент Юрий Владимирович Кухтенко

И.О.Мил *Сурин*

Содержание

Введение и актуальность	3
Классификация	4
Этиология и патогенез	4
Клиническая картина	5
Катаральный холецистит.....	7
Флегмонозный холецистит.....	7
Гангренозный холецистит	8
Диагностика	9
Инструментальное обследование.....	10
Лечение.....	11
Консервативное лечение	11
Хирургическое лечение	12
Традиционная холецистэктомия	12
Лапароскопическая холецистэктомия.....	13
Холецистэктомия из минидоступа	15
Холецистостомия	16
Тактика дальнейшего ведения	17
Собственное исследование.....	18
Выводы	19
Список литературы	20

Классификация

Классификация острого холецистита имеет практическое значение для принятия правильного тактического решения, адекватного конкретной клинической ситуации. Выделяют две группы острого холецистита — неосложнённый и осложнённый.

Форма холецистита:

- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный.

Осложнения:

- околопузырный инфильтрат;
- перивезикальный абсцесс;
- перфорация желчного пузыря;
- перитонит;
- механическая желтуха;
- холангит;
- наружный или внутренний желчный свищ.

По этиологии	По патогенезу	Клинико-морфологические формы	
Калькулезный	Обтурационный	Катаральный	Обструктивный (обтурационный)
Бескаменный	Ферментативный	Флегмонозный	Деструктивный
Паразитарный	Сосудистый	Гангренозный Перфоративный	

Таблица 1. Классификация острого холецистита.

Этиология и патогенез

Возникновение острого холецистита связано с двумя основными факторами: инфицированием желчи или стенки желчного пузыря и стазом желчи (желчная гипертензия). Только при их сочетании создаются условия для развития воспалительного процесса.

Введение и актуальность

Острый холецистит – воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией. Данная патология в структуре оказания экстренной медицинской помощи населению занимает второе место, уступая только острому аппендициту. Среди больных острым холециститом лица пожилого и старческого возраста занимают в настоящее время от 70% до 90%. Заметно возросло число осложненных форм заболевания, которые наблюдаются у каждого второго пациента пожилого и старческого возраста. При этом тяжесть состояния этих больных во многом усугубляется наличием многокомпонентной сопутствующей патологии, преимущественно, сердечно-сосудистой, легочной, эндокринной систем и характеризуется высокой степенью операционно-анестезиологического риска. Послеоперационная летальность при остром холецистите остается высокой (2-12 %) и не имеет тенденции к снижению.

Цель работы: изучить особенности такого заболевания как острый холецистит.

Задачи работы:

- Изучить классификацию острого холецистита;
- Освоить этиологию и патогенез острого холецистита;
- Изучить клинические проявления различных патоморфологических форм острого холецистита;
- Выделить основные моменты лабораторной и инструментальной диагностики острого холецистита;
- Определить основные виды хирургического лечения острого холецистита;
- Провести собственное исследование.

прогрессирования заболевания. Развитию острых воспалительных явлений в желчном пузыре нередко предшествует приступ желчной колики. Характерна локализация боли в правом подреберье и эпигастрии. Нередко отмечается иррадиация в правое плечо, надключичную область, межлопаточное пространство или в область сердца. Последняя локализация может расцениваться как приступ стенокардии (холецистокоронарный симптом С.П. Боткина), а также провоцировать его возникновение.

Постоянные симптомы острого холецистита - тошнота и повторная рвота, не приносящая облегчения больному. Повышение температуры тела отмечают с первых дней заболевания, её характер зависит от патоморфологических изменений в желчном пузыре. Для деструктивных форм острого холецистита характерен озноб.

Общее состояние больного при поступлении в стационар зависит от формы заболевания. Кожные покровы, как правило, обычной окраски. Умеренная иктеричность склер может обуславливаться переходом воспалительного процесса с желчного пузыря на печень и развитием локального токсического гепатита. Появление иктеричности склер и кожи - признак механического характера внепечёночного холестаза (холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка).

Частота пульса колеблется от 80 до 120 в минуту и выше. Частый пульс - симптом, свидетельствующий о развивающейся интоксикации и воспалительных изменениях желчного пузыря и брюшной полости.

При остром холецистите можно выявить:

- симптом Ортнера - резкая болезненность в проекции желчного пузыря при лёгком поколачивании ребром ладони по правой рёберной дуге;
- симптом Мерфи - произвольная задержка дыхания на вдохе при надавливании на область правого подреберья;
- симптом Кера - усиление боли на вдохе при глубокой пальпации области правого подреберья;

Инфекция в желчный пузырь попадает тремя путями — гематогенным, лимфогенным и энтерогенным. В большинстве случаев инфицирование происходит гематогенным путём: из общего круга кровообращения по системе общей печёночной артерии или из желудочно-кишечного тракта по воротной вене. Основное значение придают грамотрицательным бактериям — энтеробактериям (кишечная палочка, клебсиелла) и псевдомонадам. В общей структуре микробной флоры, вызывающей острый холецистит, грамположительные микроорганизмы (неспорообразующие анаэробы — бактероиды и анаэробные кокки) составляют треть, и почти всегда в ассоциации с грамотрицательными аэробными бактериями.

Вторым решающим фактором развития острого холецистита служит застой желчи, возникающий чаще всего вследствие обтурации камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока. При нарушении режима питания усиливается сократимость желчного пузыря и может произойти обтурация шейки или пузырного протока. Следующая за блокадой внутрипузырная желчная гипертензия обуславливает развитие воспалительного процесса в желчном пузыре.

Большое значение в патогенезе воспалительного процесса придают лизолецитину, высокие концентрации которого образуются в желчи при блокаде желчного пузыря, сопровождающейся повреждением его слизистой и освобождением фосфолипазы А₂, что асептическое воспаление стенки желчного пузыря.

Клиническая картина

Клинические симптомы острого холецистита зависят от патоморфологических изменений в желчном пузыре, наличия и распространённости перитонита, а также от характера сопутствующей патологии желчных протоков.

Острый холецистит возникает внезапно и манифестирует сильной постоянной болью в животе, интенсивность боли нарастает по мере

- симптом Георгиевского-Мюсси (френикус-симптом) - болезненность справа при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- симптом Боаса — гиперестезия в поясничной области справа и болезненность в области поперечных отростков ThXI — LI справа.

Катаральный холецистит

Наиболее лёгкая форма заболевания характеризуется умеренной постоянной болью в правом подреберье, тошнотой и не более чем двукратной рвотой. Изменения общего состояния незначительны. Частота пульса составляет 80-90 в минуту. Язык влажный, обложен белым налётом. При пальпации живота возникает умеренно выраженная болезненность в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи и Георгиевского-Мюсси выражены слабо или отсутствуют, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Желчный пузырь не пальпируется, но область его проекции болезненная. В анализе крови — умеренный лейкоцитоз ($9-11 \times 10^9/\text{л}$).

Флегмонозный холецистит

Флегмонозный холецистит характеризуется более выраженной клинической симптоматикой: боли носят интенсивный постоянный характер, усиливаются при перемене положения тела. Больных беспокоят тошнота и многократная рвота. Резко выражены слабость и недомогание, озноб. Температура тела повышается до $38,0^\circ\text{C}$ и более, сохраняется в течение нескольких дней.

Состояние больных средней тяжести. Пульс учащается до 90-100 в минуту. Язык сухой. Живот вздут, значительно болезненный в области правого подреберья, здесь же определяются выраженная мышечная защита и положительный симптом Щёткина-Блюмберга, что свидетельствует о развитии местного перитонита. При нерезко выраженном напряжении брюшной стенки удаётся пальпировать увеличенный болезненный желчный пузырь или воспалительный инфильтрат. Как правило, положительны

патогномичные симптомы острого холецистита. Количество лейкоцитов в крови достигает $12-15 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) увеличена.

Гангренозный холецистит

В большинстве случаев гангренозный холецистит развивается в результате прогрессирования воспалительного процесса либо расстройства кровообращения в стенке желчного пузыря.

В клинической картине заболевания на первый план выступают симптомы выраженной системной воспалительной реакции, тогда как болевые ощущения могут уменьшаться, что связано с гибелью нервных окончаний в желчном пузыре. Состояние больных тяжелое, они вялы, заторможены или, напротив, возбуждены. Температура тела повышается до $38-39^\circ\text{C}$. Пульс учащается до 110-120 в минуту, дыхание поверхностное и частое. Язык сухой. Живот вздут за счёт пареза кишечника, ограниченно участвует в акте дыхания, перистальтика угнетена. Определяются признаки раздражения брюшины: защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щёткина-Блюмберга. В крови количество лейкоцитов возрастает до $16-18 \times 10^9/\text{л}$ с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Прободной холецистит возникает у пациентов с гангренозной формой заболевания в случае неоказания им своевременной хирургической помощи, а также может быть следствием пролежня камнем. Прободение в свободную брюшную полость ведёт к развитию разлитого перитонита. Клинически момент прободения характеризуется резчайшими болями в животе, повторной рвотой. Больной покрывается холодным потом, кожные покровы бледнеют, снижаются частота пульса и АД. При пальпации возникают резкая болезненность во всех отделах живота, напряжение мышц передней брюшной стенки и определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

Диагностика

Обязательные исследования: клинический анализ крови и мочи, определение уровня билирубина в крови, анализ мочи на диастазу, УЗИ органов брюшной полости, рентгеноскопия органов грудной клетки, ЭКГ.

При исследовании состава периферической крови наблюдается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (за счёт палочкоядерных нейтрофилов), что указывает на деструктивный процесс в стенке пузыря, и увеличение СОЭ.

Обязательно исследование уровня билирубина в крови, позволяющее уже в ранние сроки заболевания выявить холестаз. Умеренное повышение содержания билирубина в крови (25-40 мкмоль/л) при остром холецистите чаще свидетельствует о токсическом гепатите, но может указывать и на выраженные деструктивные изменения в желчном пузыре, а также на внепечёночный холестаз вследствие холедохолитиаза или стриктуры большого дуоденального сосочка.

Для выяснения причины гипербилирубинемии необходимо произвести развёрнутое биохимическое исследование крови, а в случае выполнения экстренной операции выполнить интраоперационную холангиографию для оценки состояния желчных протоков.

В протокол диагностического обследования входит определение активности амилазы в моче. Умеренную амилазурию до 128-256 ед. часто встречаемую при остром холецистите, связывают с нарушением функции желудочно-кишечного тракта. Более высокий уровень активности фермента (512 ед. и выше) требует уточнения причины амилазурии, не характерной для острого холецистита. В таких случаях необходимо провести дополнительные исследования (определение активности амилазы сыворотки крови, УЗИ, лапароскопию) для исключения или подтверждения острого панкреатита, часто протекающего под маской острого холецистита.

Проведение ЭКГ и рентгеноскопии грудной клетки обусловлено важностью комплексной оценки физического состояния больного, а также

необходимостью исключения острого инфаркта миокарда и правосторонней плевропневмонии, которые могут имитировать симптоматику острого живота.

Инструментальное обследование

Ультразвуковая диагностика (УЗИ) должна быть выполнена при всех случаях подозрения на острый холецистит. Ультразвуковой диагноз острого калькулезного холецистита можно установить при наличии:

- увеличения продольного (>8 см) или поперечного (>4 см) размеров,
- утолщения стенки более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры (слоистость и неоднородность, «двойной контур»);
- блокирующего конкремента в шейке желчного пузыря;
- перивезикального жидкостного скопления.

Высокую специфичность и чувствительность показывает положительный ультразвуковой симптом Мерфи, заключающийся в усилении или появлении болей при надавливании датчиком на переднюю брюшную стенку в проекции визуализируемого дна желчного пузыря при глубоком вдохе больного.

УЗИ позволяет дифференцировать острый обструктивный (катаральный) и острый деструктивный холецистит и выделить гангренозный холецистит на основании наличия плавающих внутрипросветных мембран, очагов эхогенных затемнений в соответствии с наличием газа внутри стенки или в просвете ЖП и явных нарушений целостности стенки ЖП и перипузырного абсцесса.

При подозрении на холедохолитиаз у больного с острым калькулезным холециститом, УЗИ может служить только скрининговым исследованием, выявляющим наличие желчной гипертензии. Для уточнения диагноза необходима МРТ-холангиография, ретроградная холангиопанкреатография или интраоперационная холангиография (интраоперационное УЗИ), эндосонография. Применение высокотехнологичных дополнительных методов исследования определяется их наличием в ЛПУ.

Лечение

Цель лечения: максимально полное и быстрое снижение уровня общей и местной воспалительной реакции за счет удаления желчного пузыря или ликвидации внутрипузырной гипертензии. При установленном диагнозе «Острый холецистит» больной подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение.

Консервативное лечение показано пациентам с катаральным холециститом и в большинстве случаев позволяет купировать воспалительный процесс. Оперативное вмешательство выполняют в плановом порядке после комплексного обследования и оценки степени операционно-анестезиологического риска. В случае прогрессирования воспаления и развития деструктивных изменений в желчном пузыре, что устанавливается при динамическом наблюдении и контрольном УЗИ, проводят срочную операцию.

При всех вариантах клинического проявления острого деструктивного холецистита показано хирургическое лечение в первые 6-48 ч с момента госпитализации.

Консервативное лечение

Комплекс консервативных мероприятий включает: *голодание* (разрешено щелочное питье), *локальная гипотермия* (пузырь со льдом на область правого подреберья); для уменьшения болей и снятия спазма сфинктера Одди назначают *ненаркотические анальгетики* и холинолитические *спазмолитические препараты* (метамизол натрия, дротаверин, мебеверин, платифиллин]. Детоксикацию и парентеральное питание обеспечивают в объеме 2.0-2.5 л/сут. Критерием адекватного объема инфузионных средств, вводимых из расчета 30-50 мл на 1 кг массы тела, служит нормализация показателей гематокрита, ЦВД и диуреза. При развитии осложнений (механической желтухи) к проводимому лечению назначают декстран (средняя молекулярная масса 30-40 тыс.) — реополиглюкин, растворы аминокислот, свежезамороженной плазмы.

Важный компонент консервативного лечения острого холецистита — *антибактериальные препараты*, назначаемые в целях предотвращения генерализации абдоминальной инфекции. При экстренной операции больным острым деструктивным холециститом антибактериальные препараты вводят внутривенно в максимальной однократной дозе за 30-40 мин до начала операции. Антибактериальное лечение продолжают в послеоперационном периоде 5-7 дней. К препаратам выбора относятся цефалоспорины и фторхинолоны в сочетании с метронидазолом (для воздействия на анаэробов).

Хирургическое лечение

Традиционная холецистэктомия

Она может выполняться через верхний срединный лапаротомный доступ или из разреза в правом подреберье по Кохеру. Прямую мышцу живота пересекают электроножом. Кровоостанавливающие зажимы накладывают только на 2 артерии, которые проходят по краям мышцы. Ванием культей рассасывающимся шовным материалом. Однако при этом образуются грубые культя прямых мышц, что создает предпосылки для раневых осложнений. В раневой канал обкладывают марлевыми салфетками или пленками. Рассекают заднюю стенку влагалища прямой мышцы медиально и поперечную мышцу в латеральной части доступа вместе с париетальной брюшиной. Выполнив лапаротомию, петли тонкой кишки и ободочную кишку в области правого изгиба вместе с большим сальником оттесняют вниз влажной хирургической пленкой. Обнажают нижнюю поверхность печени и ЖП. При наличии спаечных сращений между ЖП и прилежащими органами их рассекают ножницами. В правое поддиафрагмальное пространство, правый латеральный канал и под левую долю печени вводят большие марлевые салфетки, отграничивая операционное поле от свободной брюшной полости. Большими операционными крючками создают экспозицию, обеспечивающую идеальный обзор операционного поля.

Холецистэктомия «от дна» подразумевает изначальное выделение ЖП из ложа, а затем, на последнем этапе - выделение пузырного протока и артерии. При рубцовой деформации в области шейки ЖП или воспалительной инфильтрации тканей этой области такая техника выполнения операции несколько облегчает выделение пузырного протока и артерии, идентификацию ОЖП, уменьшает вероятность травмы ВЖП.

При холецистэктомии «от шейки» на карман Хартманна накладывают окончательный зажим, которым обеспечивают необходимую тракцию ЖП. При этом ЖП смещают в косом направлении вверх и латерально, а ПДС и вертикальную часть ДПК - вниз и медиально (крючком Краузе, ручным пособием и др.). За счет такого приема происходит натяжение шейки ЖП, пузырного протока и ОЖП, что облегчает мобилизацию пузырного протока.

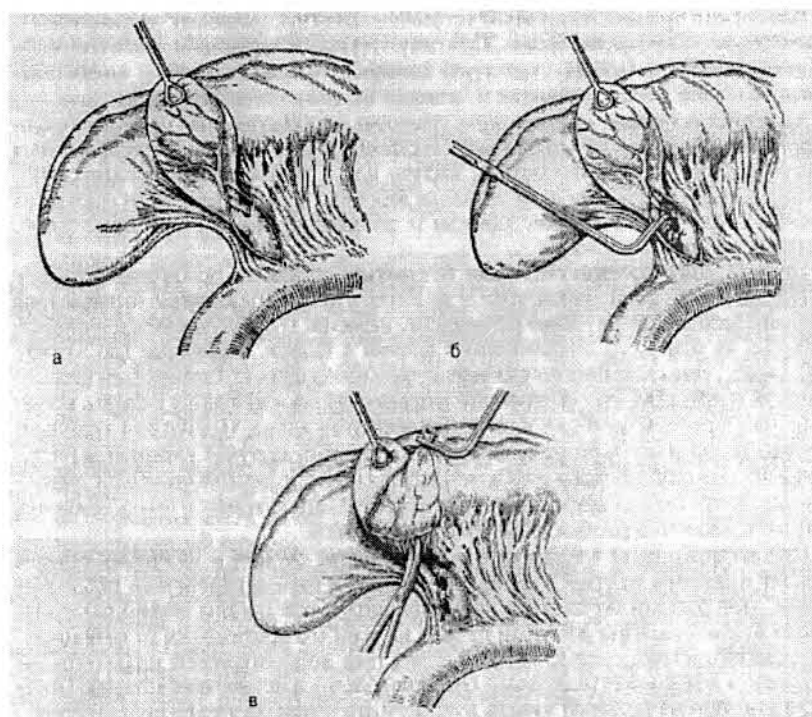


Рис. 44-3. Холецистэктомия от шейки: а — выделены пузырный проток и артерия; б — пузырная артерия и проток пересечены и перевязаны; в — жёлчный пузырь выделяют из ложа в печени.

Лапароскопическая холецистэктомия

Положение больного: лежа на спине с опущенным на 10—15° ножным концом и наклоном стола влево.

Для лапароскопической холецистэктомии используют четыре точки введения троакаров и инструментов:

- Точка 1, троакар 10 мм — параумбиликальная (околопупочная) точка для наложения пневмоперитонеума, после достижения в брюшной полости давления 12—14 мм рт. ст. — для введения лапароскопа.

- Точка 2, троакар 5 мм — на 3—5 см ниже реберной дуги по передней подмышечной линии.

- Точка 3, троакар 5 мм — на 2 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии.

- Точка 4, троакар 10 мм — ниже мечевидного отростка и правее средней линии.

После ревизии органов брюшной полости и малого таза с помощью атравматических щипцов через латеральный доступ (точка 2) захватывают дно желчного пузыря и смещают его краниально. Через доступ на среднеключичной линии (точка 3) этими же инструментами захватывают желчный пузырь за карман Гартмана, расположенный в области перехода шейки в пузырный проток, и смещают его латерально. Вследствие этого натягиваются пузырный и общий желчный протоки. Если желчный пузырь напряжен и захватить его сложно, через доступ ниже мечевидного отростка (точка 4) вводят канюлю и выполняют его пункцию. С помощью электрохирургического крючка или диссектора выполняют широкий У-образный разрез брюшины в области шейки желчного пузыря и в треугольнике Калло, выделяют и мобилизуют артерию пузыря и пузырный проток. Накладывают две клипсы на проксимальную и одну клипсу на дистальную части артерии пузыря, между которыми ее пересекают. Так же обрабатывают и пузырный проток. Желчный пузырь отделяют от печени с помощью диссектора или шпательного моноактивного электрода и вытягивают через параумбиликальный доступ (точка 1) после перевертывания лапароскопа в точку 2. С помощью щипцов шейку желчного пузыря втягивают, насколько это возможно, в троакар, вместе с которым удаляют орган. Если в пузыре имеются конкременты, раскрывают дно и аспирируют желчь, после чего их экстрагируют и вытягивают. Крупные камни дробят

разными способами. В конце лапароскопической холецистэтомии выполняют десуффляцию. Троякары вытягивают. Апоневроз в области пупка зашивают одним швом. По одному шву накладывают на кожу каждого доступа.

Холецистэктомия из минидоступа

Положение больного на операционном столе - лежа на спине с приподнятой грудной клеткой относительно операционного стола на 35-40 градусов (используется механический валик, расположенный на операционном столе под спиной пациента, в проекции мечевидного отростка).

Разрез осуществляют параллельно правой реберной дуге на 1 см ниже угла реберной дуги (в проекции пузырьной точки) длиной 4-5 см.

Послойное рассечение тканей: кожа; подкожно-жировая клетчатка; влагалище прямой мышцы живота; апоневроз наружной мышцы живота. Прямую мышцу живота отводят крючком Фарабэфа в медиальном направлении. Поперечную мышцу живота тупо разводят ножницами Кохера, брюшину берут на зажим Микулича и перфорируют электроножом в направлении к обоим углам раны. Далее брюшину подшивают к коже четырьмя узловыми швами капроном №4 к верхнему и нижнему краям раны и к углам раны. Верхний край раны отводят крючком Фарабэфа, после чего визуализируется желчный пузырь. Дно ЖП захватывают зажимом Люера и выводят в рану. Ассистент крючком Фарабэфа отводит край печени. Электроножом (биполярный пинцет) производят субсерозную отслойку ЖП от печени. Отделив ЖП до уровня шейки, ориентируясь на треугольник Кало, на зажим берут пузырьную артерию, пересекают и лигируют капроном №3. Пузырный проток пересекают на уровне 5-7 мм от холедоха, культю лигируют капроном №3. После контроля гемостаза к Винслову отверстию устанавливают дренаж и выводят через отдельное отверстие в правом подреберье. Операционную рану ушивают послойно наглухо.

Холецистостомия

Холецистостомию следует считать стандартом хирургического лечения больных острым холециститом, у которых риск выполнения холецистэктомии чрезмерно велик в связи с тяжелыми соматическими заболеваниями. Патогенетическим обоснованием целесообразности выполнения холецистостомии служат снятие внутрипузырной гипертензии и отведение наружу инфицированной желчи, что устраняет нарушения кровотока в стенке желчного пузыря, предотвращая тем самым возникновение и прогрессирование в нём деструктивных изменений.

Холецистостомию выполняют путём чрескожного дренирования желчного пузыря под ультразвуковым контролем, лапароскопическим способом или путём открытой лапаротомии. Во всех случаях применяют местное обезболивание при обязательном участии анестезиолога. Наиболее щадящий способ — *пункция и последующее дренирование желчного пузыря*, проводимое чрескожно и транспечёчно под УЗИ-контролем. В полость желчного пузыря устанавливают дренаж, позволяющий отводить наружу гнойную желчь и активно осуществлять его санацию. Воздерживаются от применения этого метода при распространённом перитоните, гангрене желчного пузыря и в случае заполнения всей его полости камнями.

Лапароскопическую холецистостомию выполняют под контролем видеоэндоскопии после визуальной оценки характера воспалительного процесса в брюшной полости и при условии свободного от сращений с соседними органами дна желчного пузыря. Из многочисленных модификаций этого способа хорошо зарекомендовала себя методика прямой пункции желчного пузыря троакар-катетером с оставлением в его полости баллонного катетера, благодаря которому обеспечивается герметичность стомы и формируется доступ в полость желчного пузыря для его активной санации и удаления конкрементов. Несмотря на малоинвазивный характер и эффективность лапароскопической холецистостомии, применяют её редко,

что связано с необходимостью создания пневмоперитонеума и возможным ухудшением состояния больного во время процедуры.

Открытую холецистостомию выполняют под местным обезболиванием из лапаротомного доступа в правом подреберье. Формируют холецистостому подшиванием дна желчного пузыря к париетальной брюшине, а в случае невозможности подшить желчный пузырь к брюшной стенке его отграничивают тампонами. При открытой холецистостомии образуется широкий канал для доступа в полость желчного пузыря и его санации, что важно в профилактике рецидива заболевания. Однако этот способ создания холецистостомии наиболее травматичен в связи с разрезом брюшной стенки.

Дальнейшая лечебная тактика зависит от тяжести состояния больного и степени операционно-анестезиологического риска. Если он крайне высок, холецистостомия становится основным и окончательным методом лечения. При улучшении общего состояния больного и снижении риска хирургического вмешательства выполняют холецистэктомию с использованием малоинвазивных технологий. Двухэтапное лечение подобных больных с острым холециститом способствует резкому снижению частоты летального исхода.

Операции на желчном пузыре и желчных протоках, проводимые при остром холецистите, заканчивают установкой в подпечёночном пространстве контрольного дренажа. Дренаж в брюшной полости необходим для оттока наружу желчи и крови, подтекающих из ложа пузыря. При отсутствии отделяемого по дренажу его удаляют на 3-й послеоперационный день.

Тактика дальнейшего ведения

В послеоперационном периоде продолжают интенсивное лечение, направленное на коррекцию метаболических нарушений и профилактику послеоперационных осложнений.

Основу лечебных мероприятий послеоперационного периода составляет инфузионное лечение, при котором применяются коллоидные и

кристаллоидные растворы, калия хлорид и аминокислоты. Лечение с объёмом инфузии 2.0-2.5 л жидкости в сутки необходимо проводить в течение 3-4 дней. Начатое на операционном столе введение антимикробных препаратов необходимо продолжать после операции в течение 5-7 дней в целях профилактики гнойных осложнений в ране и брюшной полости. После операции необходим контроль отделяемого по дренажу Спасокукоцкого и строгий учёт объёма отделяемой желчи по дренажу общего желчного протока.

Важно своевременное проведение УЗИ при подозрении на формирующийся абсцесс или жидкостное образование в подпечёночном пространстве. При значительном скоплении жидкости проводят чрескожную пункцию и эвакуацию содержимого под контролем УЗИ.

У пациентов пожилого и старческого возраста принимают меры по профилактике флелотромбозов в системе нижней полой вены и тромбозмболических осложнений, нередко приводящих к летальному исходу: с первых суток после операции активизируют больного, проводят лечебную гимнастику, бинтуют нижние конечности эластичными бинтами. По показаниям назначают профилактические дозы антикоагулянтов, предпочтительно низкомолекулярных гепаринов.

Собственное исследование

Во время прохождения производственной практики в качестве помощника врача хирургического в ГБУЗ «ВОКБ №1» во 2 хирургическом отделении поступила пациентка Л., 68 лет, с диагнозом «Острый калькулезный холецистит». Диагноз был выставлен на основании:

1. жалоб больного на боли в правом подреберье, тошноту и рвоту, не приносящую облегчение;

2. анамнеза заболевания – считает себя больной в течение месяца, когда появились боли в правом подреберье, настоящее ухудшение связано с появлением болей во всех отделах живота, самостоятельно принимала

спазмолитики с кратковременным эффектом, обратилась в поликлинику, направлена на лечение в ГБУЗ ВОКБ № 1.

3. данных объективного осмотра – наличие болезненности в правом подреберье, влажный, обложенный серым налетом язык, положительные симптомы Ортнера, Мерфи.

4. данных лабораторного обследования – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом ЛФ влево, увеличение СОЭ.

5. данных инструментального обследования – по данным УЗИ органов брюшной полости желчный пузырь деформирован, увеличен до 100*36 мм., стенка утолщена до 4 мм., наличие конкрементов в полости размером до 14 мм.

Выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Послеоперационный период – без особенностей. В настоящее время больная продолжает лечение в стационаре, назначена антибактериальная, дезинтоксикационная обезболивающая терапия.

Выводы

Таким образом, в настоящее время лечение с острым холециститом требует дифференцированного подхода. Точная диагностика сразу на этапе госпитализации больного с использованием, прежде всего, УЗИ даст возможность определить наиболее приемлемый вариант хирургического лечения, необходимость и объем как первичных, так и окончательных мероприятий.

Подход к лечению больных острым холециститом должен быть индивидуализированным с учетом выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре, осложнении и отягощающих факторов.

Список литературы

1. Хирургические болезни [Текст]: учебник /ред. М.И. Кузин. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 992 с
2. Клиническая хирургия [Текст]: национальное руководство. В 3-х т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР-медиа, 2008. – Т.1 - 858 с.; 2013. – Т. 2 – 825 с.; 2010. – Т. 3 - 1002 с.
3. Михин И.В., Голуб В.А. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит: Учебное пособие.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011.- 86с.
4. Столин А.В. Тактика лечения гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита. Вестник ВолГМУ 2008; 4: 28: 34—36.
5. А.Г. Бебуришвили, М.И. Прудков, С.А. Совцов, А.В. Сажин, А.М. Шулутко, А.Г. Натрошвили, И.Г.Натрошвили. Национальные клинические рекомендации «Острый холецистит». XII Съезд хирургов России «Актуальные вопросы хирургии» (г. Ростов-на-Дону, 7-9 октября 2015 г.)
6. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2013; 12: 18-23.
7. Шулутко А.М., Агаджанов В.Г. Современные принципы хирургического лечения желчнокаменной болезни.//80 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева; М. Литтера, 2008.- С. 382–387
8. Каримов Ш.И., Боровский С.П., Хашимов М.Ш., Чилгашов А.Ш. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском // Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т. 15. № 1. С. 53-56.
9. Кулиш В. А., Авакимян С. В., Карипиди Г. К., Коровин А. Я. Этапная тактика мини-инвазивного хирургического лечения осложненного острого холецистита // Кубанский научный медицинский вестник. 2010. №9.
10. Аксенов И. В., Оноприев А. В., Шейранов Н. С. Эндоскопическая холецистэктомия при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. №3.

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 5 группы
Жуковой Ю.А.**

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.