

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Утверждаю
Руководитель направления подготовки
31.08.67 «Хирургия»
Владимирова О.В.
«29» августа 2024 год

Методические рекомендации к лекциям для ординаторов
по дисциплине

31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

Модуль 2 «Неотложная Хирургия»

Тема 3. Острый холецистит

Лекция № 3 Острый холецистит. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения.

Методические рекомендации
обсуждены и одобрены на совместном заседании кафедр госпитальной хирургии
(зав.кафедрой Айдемиров А.Н.), хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии
и ангиологии (зав.кафедрой Байчоров Э.Х.), факультетской хирургии (и.о. зав. кафедрой
Печенкин Е. В.), общей хирургии (зав. кафедрой Лаврешин П.М.)
«29 » августа 2024 год,
протокол № 1

Ставрополь, 2024

Модуль 2 «Неотложная Хирургия»

Тема 3. Острый холецистит

\\Лекция № 3 Острый холецистит. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения.

Цели, задачи, компетенции

Цели и задачи – Подготовка квалифицированного врача-специалиста хирурга, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности врача-хирурга.

Требования к результатам освоения дисциплины

формируемые компетенции:

универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профессиональными компетенциями:

Профессиональные компетенции:

- *профилактическая деятельность:*
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя проведение пропаганды здорового образа жизни при общении с родственниками и близкими пациентов, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний среди населения, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- *диагностическая деятельность:*
 - готовность к определению у пациентов транзиторных и патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- *лечебная деятельность:*
 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- *реабилитационная деятельность:*
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- *психолого-педагогическая деятельность:*
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- *организационно-управленческая деятельность:*
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Вопросы, рассматриваемые на лекции:

1. Понятие об остром холецистите
2. Современная классификация
3. Основные клинические признаки.
4. Методы диагностики и лечения острого холецистита.
5. Лапароскопическая холецистэктомия.

Основная литература:

Основная литература:

1. Общая хирургия: учебник. Гостищев В.К. 5-е изд., перераб. и доп. 2013. - 728 с.: Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425749.html>
2. Неотложная хирургия органов брюшной полости [Текст]: учеб. пособие / Н. Ю. Коханенко, Н.В.Ананьев, Э.Л. Латария, Г.А. Белый [и др.] ; под ред. В.В. Левановича. - М : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 288 с.
4. Хирургия печени [Текст]: рук. /Б. И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
5. Хирургия: учебник/ Ковалев А.И. 2014-576 с.: ил
6. Военно-плевая хирургия: учебник/ под ред. Е. К. Гуманеко 2-е изд., испр. И доп. 2015. - 768 с. : ил.
7. Детская хирургия: учебник / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014-1040с.: ил.

Дополнительная литература:

1. Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы Выездного пленума Проблемной комиссии "Неотложная хирургия" и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск 6-7 октября 2011 года [Текст] / под ред. А.С. Ермолова. - Пятигорск : РИА-КМВ, См. след. карт. 2 2011. - 324 с. :
2. Лапароскопическая хирургия [Текст] : атл. / под ред. Т. Н. Паппаса, А. Д. Приор, М. С. Харниша ; пер. с англ. под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 384 с.
3. Эфферентная терапия в хирургической клинике [Текст] / А.Г. Рожков, В.И. Карандин. - М.: Миклош, 2010. - 256 с.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ

Острый холецистит
-воспаление ЖП.

2 печеночных протока сливаются в воротах печени в — общий печеночный проток. Он соединяется с пузырным, который отводит желчь из желчного пузыря. Сливаясь они образуют ХОЛЕДОХ (общий желчный проток). Он проходит в гепато-дуоденальной связке справа от a.hetatica и спереди от v.porte, в средней трети 12п. кишки холедох прободает ее заднемедиальную стенку и открывается в просвет кишки на вершине фатерова сосочка, вместе с выводным протоком поджелудочной железы.

13699-что-такое-holedoh-na-pecheni

Этиология.

нарушение оттока желчи из ЖП, 95% — обтурация пузырного протока желчными камнями, 5% — рубцовые изменения, особенности строения, обтурация паразитами, слизистыми сгустками. Может быть так же в результате недостаточного сокращения. попадание инфекции 3 путями:

1. восходящем(из кишечника).
2. гематогенно из БКК по почечной артерии.
3. лимфогенный при аппендиците.

В патогенезе особое значение занимает нарушение кровоснабжение стенки ЖП (у больных АС, СД на фоне АС повреждений возможен тромбоз ветвей или ствола пузырной артерии, ведущие к очагам некроза и перфорации).

Классификация.

По механизму развития:

калькулезный

бескаменный

По морфологическим изменениям:

Катаральный

Деструктивный : флегмонозный и гангренозный.

По наличию осложнений:

окклюзионный (обтурационный) : инфицированная водянка, флегмона, эмпиема, гангрена. прободной с явлениями перитонита.

острый, осложненный поражением желчных протоков: холедохолетиаз, холангит.

острый холецистопанкреатит

острый холецистит, осложненный желчным перитонитом.

Клиника.

Катаральный холецистит.

Состояние больного страдает мало. Температура тела – субфебрильная, боли умеренные в правом подреберье, иррадиируют в правую лопатку, плечо. Симптомы интоксикации не выражены, отмечается незначительная тахикардия (не более 90 ударов в мин.)

Диспептические расстройства проявляются в виде тошноты, метеоризма. Рвота не характерна.

При пальпации живота определяется умеренная болезненность в правом подреберье без симптомов раздражения брюшины.

В крови отмечается незначительное повышение количества лейкоцитов до 9 – 11 /л. без изменений формулы.

Флегмонозный холецистит.

Страдает общее состояние больного, появляется слабость, лихорадка, сухость во рту, олигурия, тахикардия до 100 уд. в мин. Болевой синдром выражен, с характерной иррадиацией. Диспептический синдром характеризуется тошнотой, повторной рвотой, вздутием живота.

При обследовании – язык суховат, обложен желто – серым налетом. При пальпации – болезненность в правом подреберье, эпигастральной области. Здесь же наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки, отмечаются симптомы раздражения брюшины. Более чем у половины больных пальпируется подпеченочный инфильтрат или увеличенный желчный пузырь. Последний свидетельствует о развитии эмпиемы желчного пузыря. Поскольку при флегмонозном холецистите в воспалительный процесс вовлекаются окружающие ткани происходит формирование перивезикального инфильтрата. Если последнего не происходит возможно развитие перитонита различной степени распространенности.

Гангренозный холецистит.

Боли резко выражены, не имеют типичной локализации, нередко распространены по всему животу. Преобладают симптомы общей интоксикации – больные адинамичны или возбуждены. Тахикардия более 110 уд. в мин. Повторная рвота и секвестрация жидкости в брюшную полость приводят к быстрому обезвоживанию. Язык сухой, живот умеренно вздут в следствие пареза кишечника, болезненный при пальпации во всех отделах с симптомами раздражения брюшины.

Клиническая картина заболевания прогрессирует бурно, что связано с развитием перитонита.

Диагноз ставится на основании:

1. Жалоб больного, анамнеза.

1. Клинических данных:

— Симптом Грекова – Ортнера – перкуторная боль в области желчного пузыря при легком поколачивании по правой реберной дуге.

— Симптом Мэрфи – усиление боли при глубоком вдохе.

— Симптом Курвуазье – определяется дно увеличенного желчного пузыря.

— Симптом Кера – болезненность при вдохе во время пальпации в правом подреберье.

— Симптом Образцова – при введении руки в правом подреберье на вдохе, боль усиливается.

— Симптом Мюсси – Георгиевского – болезненность в надключичной области между ножками грудино – ключично – сосцевидной мышцы справа.

— Симптом Ашоффа – застойный желчный пузырь, проявляющийся желчной коликой, тошнотой, рвотой. Наблюдается при наличии препятствия для оттока желчи.

— Триада Курвуазье – пальпируется дно увеличенного желчного пузыря, наличие механической желтухи и высокой температуры тела.

1. Лабораторная диагностика:

— общий анализ крови

— общий анализ мочи

— билирубин

— трансаминазы

1. Инструментальные методы диагностики:

-дуоденальное зондирование- порция В -пузырная желчь при воспалении будет мутной с слизью и хлопьями.

— УЗИ

— Обзорная R – графия

— Холецистография — медленное опорожнение ЖП.

— Ретроградная холангиография (с помощью эндоскопа находим большой дуоденальный сосочек и канюлируем, вводим контрастное вещество.)

Лечение.

Консервативное лечение:

— антибактериальная терапия (варианты антибактериального лечения с использованием одного из них)

— При выраженном болевом синдроме используют инъекции баралгина (5 мл).

— инфузионная терапия — Гемодез.

Оперативное лечение:

Классификация хирургических вмешательств:

1. Экстренными операциями следует считать хирургические вмешательства, произведенные в первые часы пребывания больного в стационаре после кратковременной предоперационной подготовки и обследования. Подготовка к операции не должна превышать 4 – 6 часов и проводится совместно с анестезиологом и терапевтом. Показанием к экстренной операции является наличие у больного клиники распространенного перитонита.

2. Срочными операциями следует считать хирургические вмешательства, произведенные в течение первых 24 – 48 часов после поступления в стационар. Показанием к срочной операции являются деструктивные формы холецистита, выявленные при первичном УЗИ или развивающиеся в процессе динамического наблюдения. Оптимальные условия для технического выполнения этих операций не более 5 суток, т.к. в более поздние сроки развиваются инфильтративные изменения в области желчного пузыря и печеночно – двенадцатиперстной связки, что приводит к затруднению оперативного вмешательства.

3. Отсроченными операциями при остром холецистите следует считать вмешательства в сроки, превышающие 3 – е суток после положительного эффекта от медикаментозного лечения и всестороннего клинического обследования.

Виды оперативного вмешательства:

— холецистостомия (хирургическая операция: наложение наружного свища желчного пузыря; применяется в тех случаях острого холецистита, когда состояние больного не допускает более сложного оперативного вмешательства)

— холецистэктомия

— лапароскопическая холецистэктомия

Хирургический доступ. Для доступа к желчному пузырю и внепеченочным желчным протокам наиболее удобными являются разрезы в правом подреберье (Кохера, Федорова). В ряде случаев допустима верхне – срединная лапаротомия.

При выполнении холецистэктомии путем лапаротомии используется в основном, два способа удаления желчного пузыря – от шейки и от дна. Предпочтение следует отдавать холецистэктомии от шейки с отдельной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока. Перевязка пузырной артерии до мобилизации желчного пузыря значительно уменьшает кровопотерю. Перевязка пузырного протока позволяет избежать миграции мелких конкрементов из пузыря в желчевыводящие пути. После удаления желчного пузыря и гемостаза, ложе желчного пузыря тщательно осматривается и ушивается кетгутом с хорошей адаптацией краев раны печени.

При гнойных деструктивных процессах желчного пузыря ложе его не ушивается. После гемостаза к ложу подводится дренаж и, при необходимости, тампон.

Холецистэктомия от дна, как правило, является вынужденным вариантом вмешательства при наличии инфильтрата в области печеночно – двенадцатиперстной связки и шейки желчного пузыря.

Отдаленные результаты холецистэктомии при остром холецистите вполне благоприятные. Через 1, 5 – 2 месяца в 90 –95% наблюдений пациенты возвращаются к прежнему трудовому и диетическому режиму. Эти сроки значительно сокращаются при выполнении холецистэктомии лапароскопическим путем.