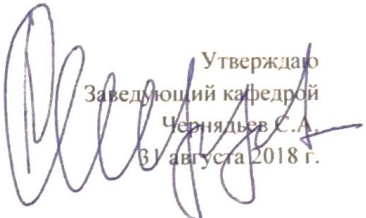


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии

  
Утверждаю  
Заведующий кафедрой  
Чернядьев С.А.  
31 августа 2018 г.

**Методические указания к практическим занятиям**

## **Постхолецистэктомический синдром**

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург  
2018**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.  
– Екатеринбург, 2018. – 20с.

В настоящем издании предлагаем образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы диагностики постхолецистэктомического синдрома.

Рекомендации предназначены для студентов 4,5,6 курсов медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело

Составители:

Е.Н. Родионов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, 2018г.

ISBN

## **Содержание.**

Введение-----	6
Этиология и патогенез-----	7
Классификация-----	8
Характеристика основных форм ПХЭС-----	10
Список литературы-----	18

## Методические указания

**ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ:** показать значимость проблемы постхолецист-эктомического синдрома, ознакомить студентов с понятием ПХЭС, причинами его развития, классификацией, эндоскопическими методами в диагностике постхолецистэктомического синдрома, показаниями к операции, выбором метода оперативного лечения. Ознакомить студентов с эндоскопическими методами санации желчных протоков.

## ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

### *Студент должен знать*

определение понятия, этиологию и патогенез, классификацию ПХЭС эндоскопические методы диагностики, показания к операции, оперативного лечения ПХЭС, эндоскопические методы санации желчных путей

### *Студент должен уметь*

установить причину возникновения ПХЭС

сформулировать и аргументировать диагноз

разработать план обследования, обосновать объем необходимых лабораторных и инструментальных методов исследования

разработать оптимальную схему лечебной тактики

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

<i>шифр</i>	Содержание компетенции	знать	уметь	владеть
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>ОК-1,</i>	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
<i>ОК-4</i>	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
<i>ОПК-4</i>	способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,	Особенности этики и деонтологии	Установить контакт с пациентом и его родственниками	Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками
<i>ОПК-6</i>	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);	На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	-
<i>ОПК-8</i>	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	Фармакологическим и группами препаратов, их совместимость, показания к назначению

<i>ОПК-9</i>	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач,	Анатомо-физиологические особенности органов организма человека	Провести исследование организма человека в целом по системам	Методикой исследования организма человека по системам
<i>ОПК-11</i>	готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Назначение и правила использования хирургического инструментария	Использовать хирургический инструментарий на практике	Техникой использования инструментов в хирургии
<i>ПК-5</i>	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания,	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека
<i>ПК-6</i>	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
<i>ПК-7</i>	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
<i>ПК-8</i>	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
<i>ПК-10</i>	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи
<i>ПК-11</i>	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи
<i>ПК-20</i>	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-

## **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ: 4 часа - 180 мин.**

Введение.

**Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)** включает группу заболеваний в основном органов гепатодуоденальной зоны, возникающих или усиливающихся после проведения холецистэктомии или иной расширенной операции на желчных путях, которые были произведены преимущественно по поводу желчнокаменной болезни.

Основная характеристика синдрома — связь с перенесенной холецистэктомией может быть различной. Постхолецистэктомический синдром включает заболевания, у которых связь с холецистэктомией очевидна (например, синдром длинной культи пузырного протока), но есть заболевания, где связь непосредственно с операцией не столь явна (холепанкреатит и др.).

Определения отдельных заболеваний, включаемых в ПХЭС:

*Истинное новообразование камней* в поврежденном общем желчном протоке протекает нередко с нарушением циркуляции желчи и развитием инфекционно-воспалительного процесса.

*Ложный рецидив камнеобразования*, или «забытые» камни желчного протока - камни, существовавшие на момент операции и по разным причинам не удаленные из общего желчного протока в момент оперативного лечения.

*Стенозирующий папиллит* - рубцово-воспалительное сужение большого дуоденального сосочка, приводящее часто к развитию желчной, а иногда и панкреатической гипертензии, а также нарушению ощелачивания двенадцатиперстной кишки.

*Хронический билиарный панкреатит* (хронический холепанкреатит) - хронический панкреатит, связанный с дисфункцией билиарной системы, чаще с желчной гипертензией.

*Гепатогенные гастродуоденальные язвы* - язвы, связанные с нарушением функции печени и билиарной системы, в частности, наблюдаемые при желчной гипертензии.

*Рубцовые сужения общего желчного протока* - послеоперационные (посттравматические) сужения общего желчного протока разной степени, приводящие к нарушению циркуляции желчи и развитию инфекционно-

воспалительных процессов в желчных путях.

*Синдром длинной культы пузырного протока* - увеличивающаяся в размерах под влиянием желчной гипертензии культя пузырного протока, вызывающая

нередко выраженный болевой симптомокомплекс и оказывающаяся местом новообразования камней.

## Эпидемиология

Постхолецистэктомический синдром имеет тенденцию к росту в основном из-за увеличения числа холецистэктомий и других оперативных вмешательств на желчных путях. Однако частота развития ПХЭС (на 100 оперированных больных) в последние годы несколько уменьшается за счет улучшения диагностики. Частота развития ПХЭС у оперированных пациентов колеблется от 5 до 25%.

Среди больных с ПХЭС чаще (особенно у длительно неоперированных) встречается стенозирующий дуоденальный папиллит (30-50%). Нередко папиллит сочетается с камнями общего желчного протока (истинный и ложный рецидив камнеобразования), билиарным панкреатитом и др. Камни общего желчного протока (истинный и ложный рецидив) встречаются у 10-20 %, активный спаечный процесс в подпеченочном пространстве - у 10-15% больных.

К хирургическим неудачам относятся рефлюкс-холангит после оперативной папиллотомии, билиодигестивные фистулы, недостаточность культы пузырного протока с развитием абсцесса, различные виды (и степени) сужений общего желчного протока и др.

## Этиология и патогенез

Причины, способствующие развитию ПХЭС:

- позднее проведение операции. Сюда относятся в первую очередь случаи, когда уже после подтвержденной активной формы ЖКБ развились миграция камня в общий желчный проток и (или) острый холецистит;
- неполноценное обследование до и во время операции. Сюда относятся невыполнение УЗИ и операционной холангиографии, в связи с чем, не обнаруживают камни и сужения общего желчного протока, стеноз большого дуоденального сосочка и другую патологию, что приводит к неполному объему хирургической помощи;
- собственно хирургические неудачи во время операции: повреждение протоков, неправильное введение дренажей, оставление длинной культы пузырного протока, наложение излишне узкого холедоходуоденоанастомоза, неизвлечение обнаруженных камней и др.



В развитии ПХЭС особое значение имеет состояние большого дуоденального сосочка на момент выполнения операции на желчном пузыре. Повреждение его часто связано с миграцией камня по общему желчному протоку. Стенозирующий папиллит играет важнейшую роль в развитии нарушений циркуляции желчи и возникновении желчной гипертензии. Стенозирующему папиллиту придаётся ведущее значение в патогенезе большинства заболеваний, относимых к ПХЭС, в первую очередь таких, как истинный рецидив камнеобразования общего желчного протока, билиарный панкреатит, синдром длинной культы пузырного протока, гепатогенная гастродуоденальная язва.

При интактном на момент операции большом дуоденальном сосочке отличные результаты холецистэктомии наблюдаются у 90-95% оперированных. Совершенно иные результаты дают холецистэктомии при некорригированном сужении большого дуоденального сосочка. Поэтому в подобной ситуации все чаще холецистэктомию сочетают с папиллосфинктеротомией, которую нередко выполняют с помощью эндоскопа. Если оставляют стенозирующий дуоденальный папиллит без коррекции, то развитие ПХЭС вероятно у 50-60% больных, подвергнутых лишь холецистэктомии. В развитии ПХЭС играют роль и другие механизмы. В частности, все большее значение придается дуоденальной гипертензии.

Большинство заболеваний, относимых к ПХЭС, нарушают нормальную циркуляцию желчи, что сопровождается холестазом, благоприятными условиями для развития билиарной инфекции. Длительный, даже незначительный холестаз способствует глубоким нарушениям холестерина обмена и у этих больных (в первую очередь у страдающих выраженным стенозирующим папиллитом и камнями общего желчного протока). Нередко наблюдается форсированное прогрессирование атеросклероза с последующим развитием инфаркта миокарда или мозгового инсульта.

## **Классификация**

Общепризнанной классификации постхолецистэктомического синдрома нет. Чаще в повседневной практике используется следующая систематизация:

### **1) Заболевания, связанные с ранее выполненным оперативным вмешательством:**

Резидуальный холедохолитиаз  
Длинная культя пузырного протока  
или неполное удаление желчного пузыря  
Стенозирующий папиллит

Стеноз терминального отдела холедоха

Травматические стриктуры протоков вследствие ятрогенного повреждения гепатикохоледоха

Инородные тела желчных протоков (лигатуры, дренажи)

## 2) Заболевания, напрямую не связанные с выполненной операцией:

Хронический гастрит Я

звенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Дуоденит

Хроническая дуоденальная непроходимость

Хронический панкреатит

Хронический гепатит

Хронический колит

### Лабораторные и инструментальные методы исследования при ПХЭС

**Общий анализ крови**

**Анализ мочи**

**Биохимия крови.** Биохимические маркеры синдрома холестаза-цитоллиза:

общий билирубин плазмы и его фракции трансаминазы плазмы (АлАТ и АсАТ)

щелочная фосфатаза (ЩФ)

лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

**Рентгеноскопия грудной клетки**

**Электрокардиография**

**УЗИ**

**ФГДС**

**Рентгенологическая диагностика:**

**Бесконтрастные** исследования (обзорная рентгенография брюшной полости) малоинформативны и для диагностики ЖКБ не используются.

**Контрастные** методы исследования делятся на: 1)**прямые** (непосредственное введение контрастного вещества во внепечёночные или внутрипеченочные желчные протоки эндоскопически (через БДС), пункционно (через кожу под УЗИ-наведением) или в ходе операции) и 2)**непрямые** (поступление контрастного вещества в протоки происходит путём всасывания в ЖКТ или введение контраста внутривенно).

Непрямые рентгенконтрастные методы исследования желчных путей (пероральная холецистография и внутривенная холецистохолангиография) в настоящее время также не применяются ввиду низкой информативности и недостоверности результатов исследования.

**Прямые** рентгенконтрастные исследования желчных путей **обладают высокой информативностью** и являются основным методом оценки состояния желчных протоков. К ним относят:

интраоперационная холангиография - катетеризация желчного пузыря

или пузырного протока, или холедоха в ходе операции с последующим введением контраста

эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) – катетеризация БДС через фиброгастродуоденоскоп с последующим введением контраста

чрескожная - чреспеченочная холангиография (ЧЧХ) – чрескожная пункция и катетеризация внутривнутрипеченочного долевого или сегментарного желчного протока (под УЗИ наведением) с последующим введением контраста

**Томография:** МРТ (магнитно-резонансная томография), МРХПГ (МР-холангиография), МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография).

**Радионуклидная холесцинтиграфия**

### **Характеристика основных форм постхолецистэктомического синдрома**

*Истинный рецидив камнеобразования общего желчного протока.*

Клинические проявления обычно регистрируются не ранее чем через 3—4 года после операции. При развернутой клинической картине симптоматика складывается в основном из трех компонентов:

болевым синдромом включает чаще монотонную, реже приступообразную боль в правом подреберье и правой половине эпигастральной области, у большинства боль менее интенсивна, чем до операции;

нарушения циркуляции желчи проявляются чаще непостоянной и невысокой гипербилирубинемией, сочетающейся с такой же постоянной гиперферментемией (аминотрансферазы, ЛДГ, ЩФ, ГГТФ), реже наблюдается стойкая подпеченочная (обтурационная) желтуха; инфекционно-воспалительный процесс, тесно связанный с

нарушением циркуляции желчи; проявлением его служат лихорадка, повышение СОЭ, наконец, в случаях развития гнойного холангита наблюдаются потрясающие ознобы и лихорадка гектического типа.

Пальпация и перкуссия медиальной части правого подреберья по нижнему краю печени (зона левой доли печени) часто болезненна.

*Ложный рецидив камнеобразования общего желчного протока («забытые» камни).*

Клинические проявления такие же, как при истинном рецидиве камнеобразования. Отличие лишь в сроках начала клинических проявлений, которые обычно регистрируются в первые два года после операции. Лишь у

ряда больных наблюдается и другое различие: если у больных с истинным рецидивом чаще наблюдаются мелкие размеры камней (диаметром 2-3 мм.), то при ложном рецидиве встречаются камни любых размеров, но чаще крупные. С помощью ЭРПХГ выявляют камни у 92-95%. Компьютерная томография используется обычно при неудачных попытках выполнения ЭРПХГ, так как ее диагностические возможности несколько уступают возможностям ЭРПХГ. Применяют в основном для уточнения состояния головки поджелудочной железы.

Лечение: При невозможности оперативного лечения (из-за тяжелых сопутствующих заболеваний), а также при единичных мелких холестериновых камнях проводят лечение солями желчных кислот. Довольно широко используется эндоскопическая папиллосфинктеротомия для извлечения камней общего желчного протока.

### *Стенозирующий папиллит*

Для выраженных форм заболевания характерен болевой синдром. Обычно боль локализуется правее и выше пупка, иногда в эпигастрии. У небольшой части больных боль мигрирует по различным отделам подреберья и эпигастриальной области. Выделяют несколько видов боли:

дуоденального типа - голодная или поздняя боль, длительная, монотонная; сфинктерная - кратковременная схваткообразная, нередко возникающая с первыми глотками пищи; холедохоэальная - сильная, монотонная, через 30-45 мин после еды, особенно обильной, богатой жиром.

В тяжелых случаях боль отличается упорством, длительностью, часто сочетаясь с тошнотой и рвотой, иногда - мучительной изжогой. Пальпация и перкуссия эпигастриальной области у большинства дает неопределенный результат. Лишь у 40-45% больных определяется участок локальной болезненности на 4-6 см выше пупка, на 2-5 см правее средней линии. Периферическая кровь у большинства больных не изменена, лишь у 20-30% при обострении отмечается небольшой лейкоцитоз и еще реже — умеренное увеличение СОЭ. Для обострения характерно чаще кратковременное (1-3 сут), но значительное повышение активности ЛДГ и аминотрансфераз сыворотки крови. Умеренное повышение содержания билирубина в сыворотки крови при этом наблюдается нечасто.

Одно из решающих мест в диагностике стенозирующего папиллита занимает эндоскопический метод. При катаральном и стенозирующем папиллите нередко сосочек увеличен, достигает 1,5 см. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна. На вершине сосочка нередко виден воспалительный

белесоватый налет. Относительно характерным признаком стенозирующего папиллита считается уплощение сосочка. Иногда решающую роль в разграничении катарального и стенозирующего папиллита играют данные МР- холангиографии. При стенозирующем процессе определяется обычно умеренное (11-12 мм) расширение общего желчного протока. При отсутствии в нем камней этот признак достаточно характерен именно для стенозирующего папиллита.

При радионуклидной холесцинтиграфии у 65-70% больных умеренно замедлено поступление радионуклидного препарата в двенадцатиперстную кишку. У 7-10% наблюдается парадоксальное явление - ускоренное поступление небольших порций препаратов в кишку, связанное, по-видимому, со слабостью системы сфинктеров большого дуоденального соска. При выполнении ЭРПХГ различная степень сужения терминальной части желчевыводящих путей наблюдается у 70-90% обследованных.

Учитывая первостепенное значение стенозирующего папиллита в клинике ПХЭС, оценим суммарные возможности диагностики. Подтверждением диагноза стенозирующего папиллита, как правило, служит выявленная эндоскопическая картина папиллита в сочетании с данными ретроградной панкреатохолангиографии (70-90%) и в сочетании с радионуклидными или биохимическими признаками холестаза (10-30%). Однозначная оценка причин холестаза возможна лишь у больных при отсутствии других причин нарушений желчеоттока (камни общего желчного протока и др.) дуоденального сосочка.

Лечение: Больные с наиболее тяжелыми формами, протекающими с упорной болью, рвотой, повторной желтухой, похуданием, подлежат оперативному лечению. Чаще проводят эндоскопическую папиллосфинктеротомию. При более легких формах назначают консервативную терапию, которая включает диету, антацидную, холинолитическую, антибактериальную, противовоспалительную, рассасывающую терапию.

*Хронический билиарный панкреатит (хронический холепанкреатит).* У большинства больных признаки хронического панкреатита наблюдались и до операции. При рациональном поведении эти признаки после операции уменьшаются, у немногих, наоборот, они прогрессируют, отличаясь иногда исключительным упорством. Как правило, это наблюдается при сочетании со стенозирующим дуоденальным папиллитом. Методы диагностики и лечения холепанкреатита не отличаются от таковых при «самостоятельном» хроническом панкреатите

*Вторичные (билиарные или гепатогенные) гастродуоденальные язвы* возникают обычно через 2-12 мес. после холецистэктомии. К особенностям относят частоту рефлюксных явлений (изжога, тошнота), а также

монотонность и продолжительность боли. Локализация язв — парапилорическая. Диагностика вторичных язв и их лечение сходны с таковой при язвенной болезни.

Редкие заболевания, относящиеся к постхолецистэктомическому синдрому.

*Рубцовое сужение (стриктура) общего желчного протока.* Клиническая картина зависит от степени развившейся непроходимости общего желчного протока.

При ошибочной перевязке общего желчного протока в ближайшие после операции дни развивается стойкая, но колеблющаяся в интенсивности желтуха. Рано появляется кожный зуд, однако обычно он не достигает такой силы, как при первичном билиарном циррозе и склерозирующем холангите.

Значительно чаще встречается рубцовый процесс лишь с частичным нарушением эвакуации желчи, как правило, развившийся вследствие неудачного разреза протока или неправильного использования дренажей. Локализация его обычно в зоне впадения пузырного протока. Период выраженного нарушения циркуляции желчи протекает с болью в правом подреберье, гипераминотрансфераземией и гипербилирубинемией. Пальпация и перкуссия зоны удаленного пузыря и медиальнее его умеренно болезненна. Пальпация и перкуссия этой зоны вне выраженного обострения иногда безболезненна. Периферическая кровь при отсутствии присоединившегося гнойного холангита изменена мало.

ЭРПХГ у 90-95% больных позволяет выявить локализацию, степень и протяженность сужения крупных желчных протоков. При выраженных и протяженных сужениях исследование иногда не дает возможности выявить все характеристики заболевания и необходимо провести мр-холангиографию или чрескожную чреспеченочную холангиографию, которые уточняют детали проксимальной части сужения.

*Синдром длинной культы пузырного протока*, как правило, поддерживается и прогрессирует при желчной гипертензии, связанной со стенозирующим дуоденальным папиллитом. На дне увеличенной культы нередко образуются камни, в стенке - ампутационные невриномы. У ряда больных протекает малосимптомно, беспокоит тупая боль в правом подреберье, обычно через 40-60 мин после еды. У других больных отмечается длительная интенсивная боль в правом подреберье и эпигастрии, не всегда устранимая ненаркотическими анальгетиками. Чаще определяется небольшая болезненность при пальпации и перкуссии в области медиальной половины послеоперационного рубца, которая явно не соответствует упорству и интенсивности боли. Периферическая кровь у большинства без особенностей. У 50% при выполнении радионуклидной скинтиграфии

выявляют накопление препарата ниже зоны общего желчного протока. При ЭРПХГ у 90-95% обследованных обнаруживают удлинненную культю пузырного протока. В дистальной части ее нередко видны дефекты наполнения — камни.

*Кисты холедоха* редко встречающееся у взрослых заболевание. Диагностика кист холедоха – ЭРХПГ, МР-холангиография, холедохоскопия. В условиях неотложной хирургии дооперационная и даже интраоперационная диагностика трудна, поэтому они просматриваются и производится холецистэктомия, которая не избавляет больных от страданий.

*Опухоли панкреатодуоденальной зоны* встречаются достаточно часто. Случается, большей частью при недостаточном знании начальных проявлений заболевания, ошибочное удаление желчного пузыря (иногда с камнями). В дальнейшем при прогрессировании опухолевого роста выясняется истинная причина болезни.

*Сращения и спайки* после холецистэктомии обычное явление, особенно после дренирования брюшной полости. Однако они крайне редко вызывают значимое сдавление желчных путей. Лишь при метастазировании раковых клеток в гепатодуоденальную связку возникает непроходимость желчных путей, и не столько за счет их сдавления, сколько в результате инфильтративного роста.

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

- Причины развития постхолецистэктомического синдрома
- Классификация ПХЭС
- Методы эндоскопической диагностики ПХЭС
- Методика эндоскопической санации желчных путей
- Оперативное лечение ПХЭС

## **ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:**

**На занятии студенту необходимо выполнить:**

- Сформулировать диагноз и его обоснование
- Знать алгоритм диагностики и лечения больного с ПХЭС
- Знать показания к оперативному лечению ПХЭС
- Знать инструменты для проведения санации желчных путей
- Знать контрастные вещества, применяемые для диагностики ПХЭС

## **ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:**

**Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):**

Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает

- а. пероральная холецистография
- б. внутривенная холецистохолангиография
- в. эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография**
- г. сцинтиграфия печени
- д. прямая спленопортография

У больных ПХЭС могут возникнуть все следующие осложнения кроме:

- а. холангита
- б. обтурационной желтухи
- в. рубцовых изменений протока
- г. пролежней стенки протока
- д. рака желчного пузыря**

Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать:

- а. абсцесс печени
- б. внутривенный сосудистый блок
- в. билиарный цирроз печени
- г. непроходимость желчных путей при механической желтухе**
- д. хронический гепатит

Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

- а. острый панкреатит**
- б. механическая желтуха



- в. хронический панкреатит
- г. наличие конкрементов в панкреатических протоках
- д. холедохолитиаз

Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям кроме:

- а. ограниченного или разлитого желчного перитонита
- б. образования подпеченочных гнойников
- в. развития наружного желчного свища
- г. тромбозии мелких ветвей легочной артерии**
- д. развития поддиафрагмального абсцесса

Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

- а. с желчнокаменной болезнью**
- б. со стенозирующим папиллитом
- в. с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный свищ
- г. с псевдотуморозным панкреатитом
- д. с опухолью головки поджелудочной железы

Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме

- а. холедохолитиаза
- б. обструкции камнем или слизистой пробкой пузырного протока**
- в. отека головки поджелудочной железы
- г. холангита
- д. глистной инвазии общего желчного протока

Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно

- а. ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой
- б. сшив проток на Т-образном дренаже
- в. сшив проток на Г-образном дренаже
- г. наложив билиодигестивный анастомоз
- д. любым из перечисленных**

Для холангита характерными являются:

- а. лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа
- б. потрясающие ознобы
- в. повышение потливости, жажда, сухость во рту
- г. увеличение селезенки
- д. все перечисленное**

## **ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ**

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала. Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

### **ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)**

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончанию дидактического модуля оценивается: Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

## Список литературы.

### Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
- и Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
4. Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
  - Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
  - Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
- В Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

### Электронная база «Консультант студента»

- в Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
- в Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
- в Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
4. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
  5. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
  6. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
  7. История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
  8. Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

### **Электронные базы данных**

[www.общество-хирургов.рф](http://www.общество-хирургов.рф)

[www.bmj.com](http://www.bmj.com)

[www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com)

[www.medscape.com](http://www.medscape.com)

[www.pubmed.org](http://www.pubmed.org)

[www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)

### **Электронные учебные издания.**

1. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
2. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. - Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
3. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
4. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
5. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
6. Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.
7. Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
8. Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Учебно-методическое пособие.

Чернядьев Сергей Александрович

Ушаков Алексей Александрович

Родионов Евгений Николаевич

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ФГБОУ ВО УГМУ  
Минздрава России

**Технический редактор**

**Корректор**

*И сведения : дата сдачи в набор,*

*в печать (когда подписано),*

*Формат (60x90),*

*Бумага*

*Условных печатных листов*

*Тираж.заказ*

*Адрес редакции*