

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Тюменский государственный
медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России)

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Презентация на тему: Холецистэктомия

Выполнила: студентка 406 группы,
лечебного факультета

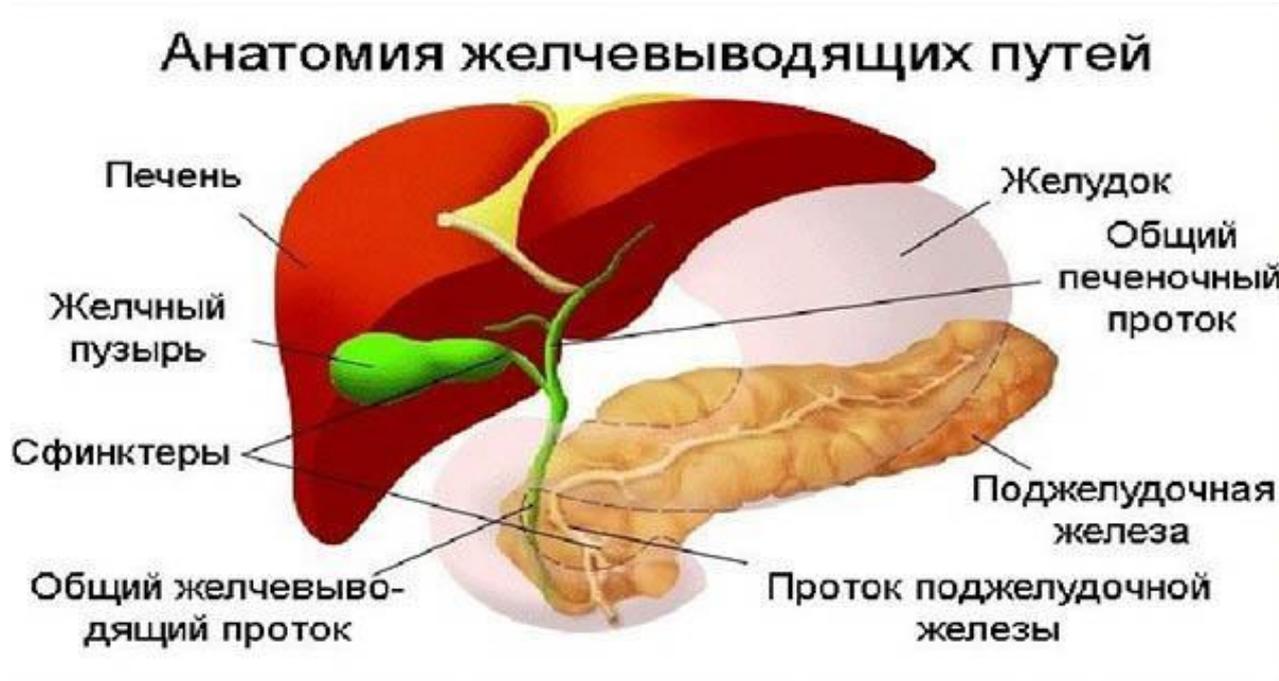
Ерофеева А.С.

Куратор: ассистент

Чившина Р.В.

Холецистэктомия

- Холецистэктомия – операция по удалению желчного пузыря. Впервые такую операцию провел немецкий хирург в Берлине 15 июля 1882 года.

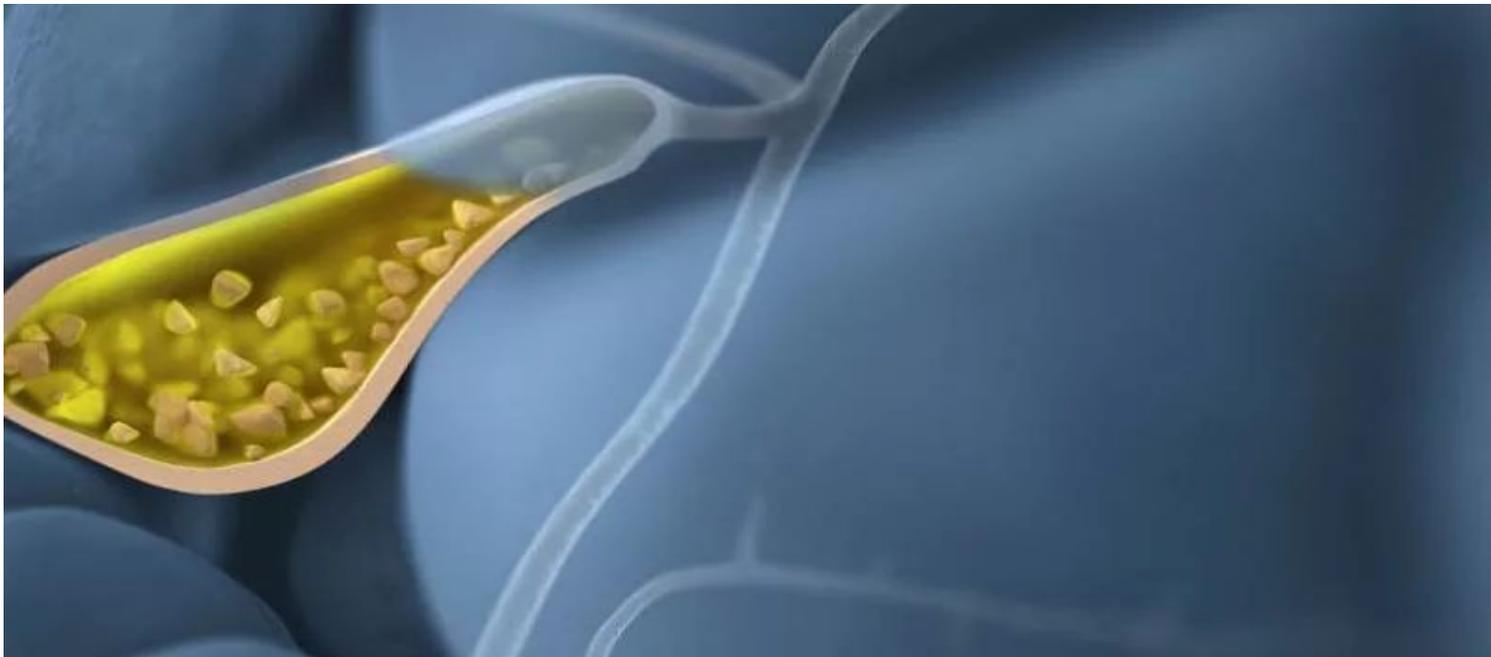


- **Операция по удалению желчного пузыря** может быть проведена как классически, открытым способом, так и с привлечением малоинвазивных методик (лапароскопически, из минидоступа). Выбор метода определяет состояние пациента, характер патологии, усмотрение врача и оснащение лечебного учреждения. Все вмешательства требуют общего наркоза.



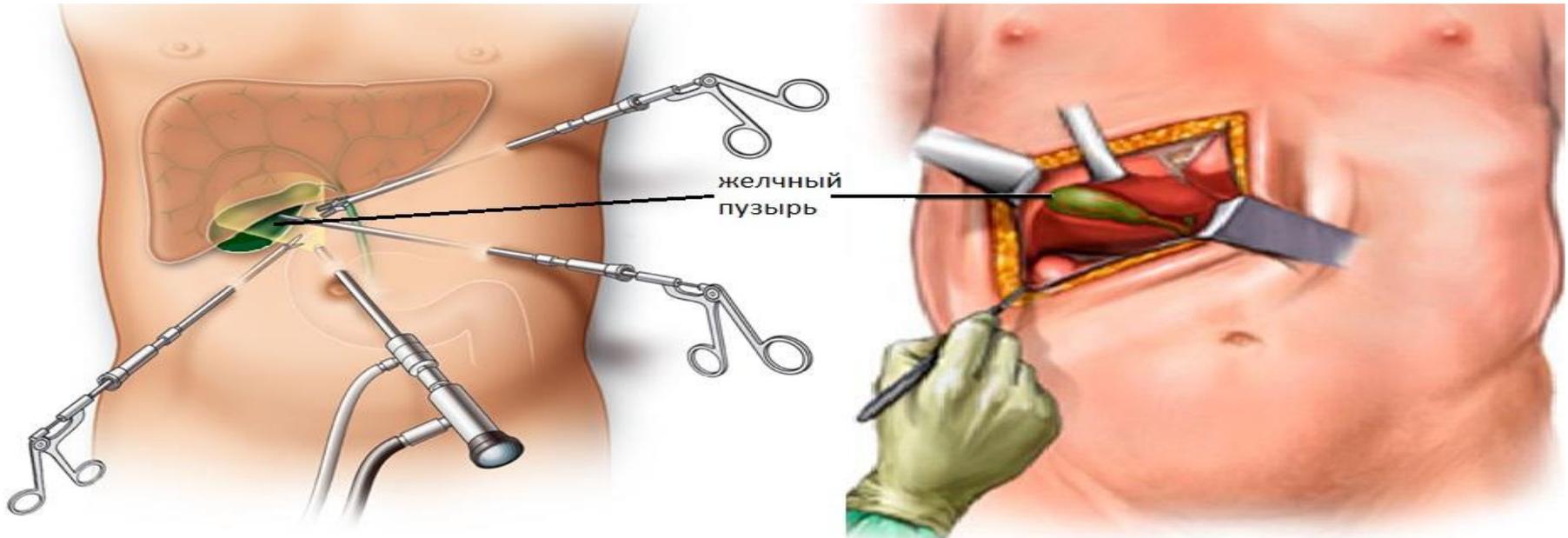
Показания:

- Хронический рецидивирующий холецистит в случае длительного безрезультатного консервативного лечения.
- Неотложными показаниями являются гангрена, флегмона, прободение и рак желчного пузыря.



Доступы при холецистэктомии

- Доступы при холецистэктомии можно разделить на вертикальные, косые и угловые.
- К вертикальным разрезам передней брюшной стенки относятся: верхний срединный, параректальный и трансректальный.
- Среди косых разрезов можно выделить доступы Кохера, Курвуазье, Федорова и др.



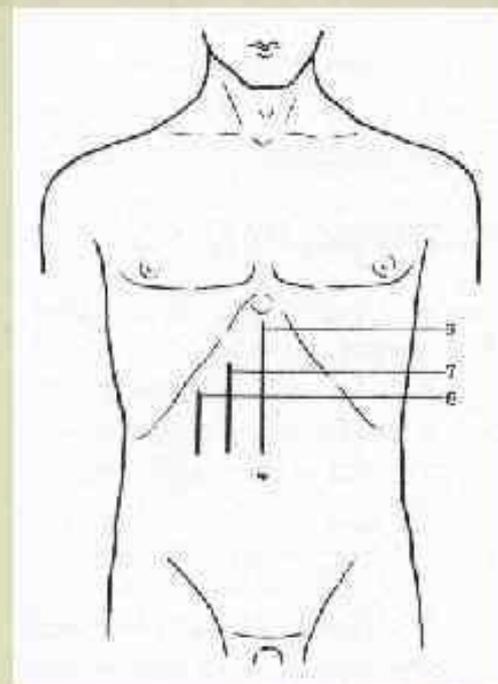
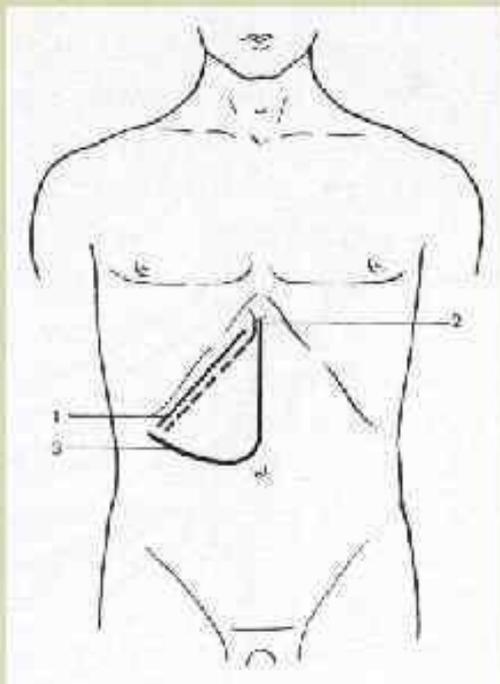
Разрез Кохера начинают от срединной линии и проводят на 3–4 см ниже и параллельно реберной дуге; длина его 15–20 см.

Разрез Курвуазье — это дугообразный разрез, который проводят ниже и параллельно правой реберной дуге выпуклостью книзу. Почти идентичен разрезу Кохера.

Разрез по Федорову начинают от мечевидного отростка и проводят вначале книзу по срединной линии на протяжении 3–4 см, а затем параллельно правой реберной дуге; длина его 15–20 см.

Из подгруппы угловых разрезов чаще других применяют *разрез Рио-Бранко*, который проводят по срединной линии на 2–3 см ниже мечевидного отростка вниз и, не доходя на 2 поперечных пальца до пупка, поворачивают вправо и вверх к концу X ребра.

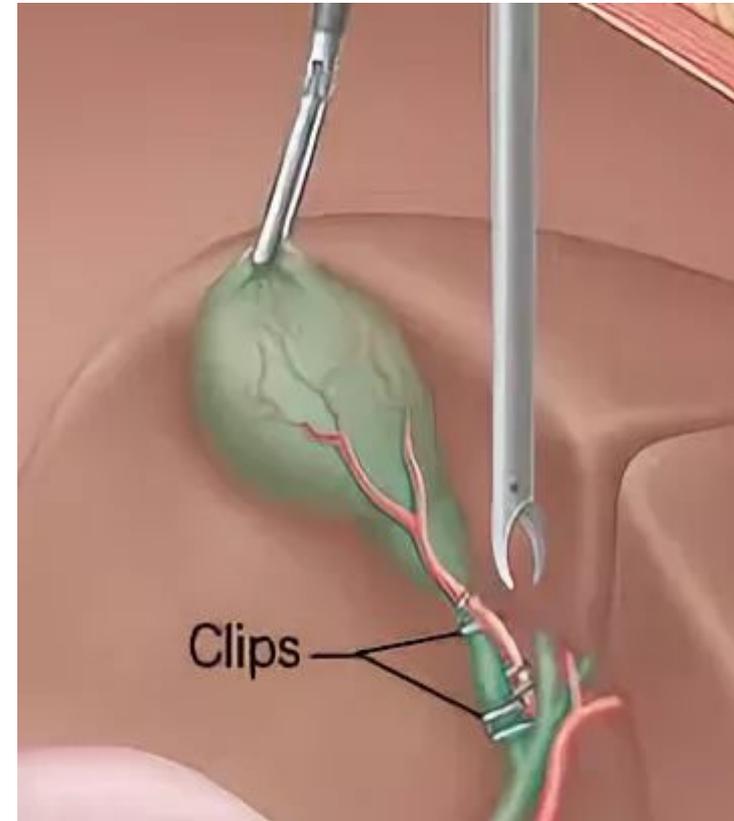
Доступы



- 1. По Кохеру 2. По Федорову 3. Рио-Бранко
- 6. Верхне-срединная лапаротомия
- 7-8. Параректальный разрез по Лавсону-Тайту

Открытые способы холецистэктомии

- 1) холецистэктомия от шейки;
 - 2) холецистэктомия от дна.
- При обоих способах важнейшим моментом операции является выделение и перевязка пузырной артерии и пузырного протока в области печеночно-12-перстной связки. Этот момент связан с опасностью повреждения печеночной артерии или ее ветвей, а также воротной вены.

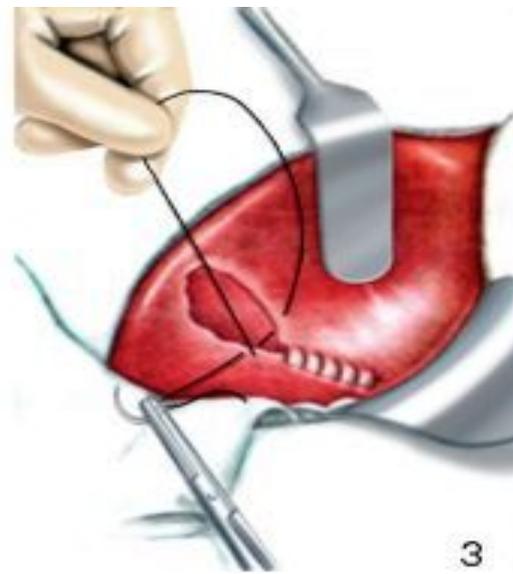
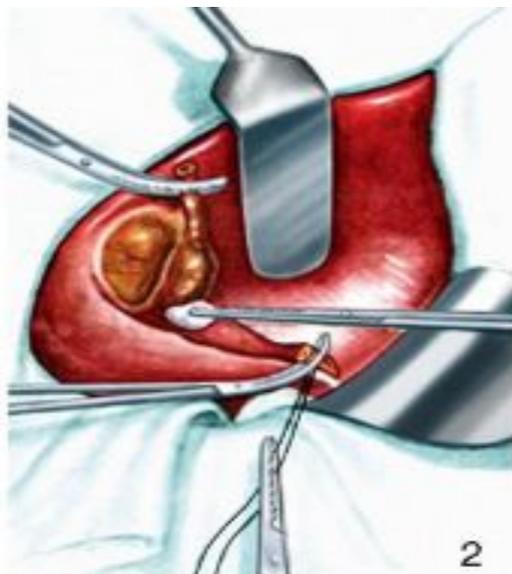
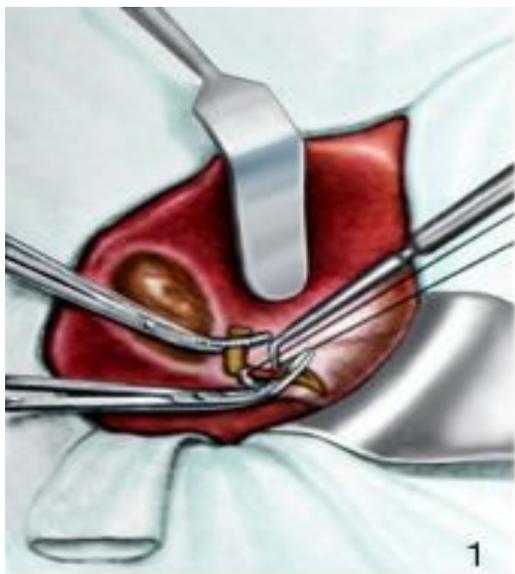


- Случайная или вынужденная перевязка артерии вызывает некроз печени, а при ранении воротной вены возникает трудноостанавливаемое кровотечение. Перед удалением желчного пузыря оперативное поле должно быть изолировано 3-мя марлевыми салфетками: одну кладут вниз на 12-перстную и поперечную ободочную кишки, 2-ю — между печенью и верхним полюсом почки к винслову отверстию, 3-ю — на желудок.

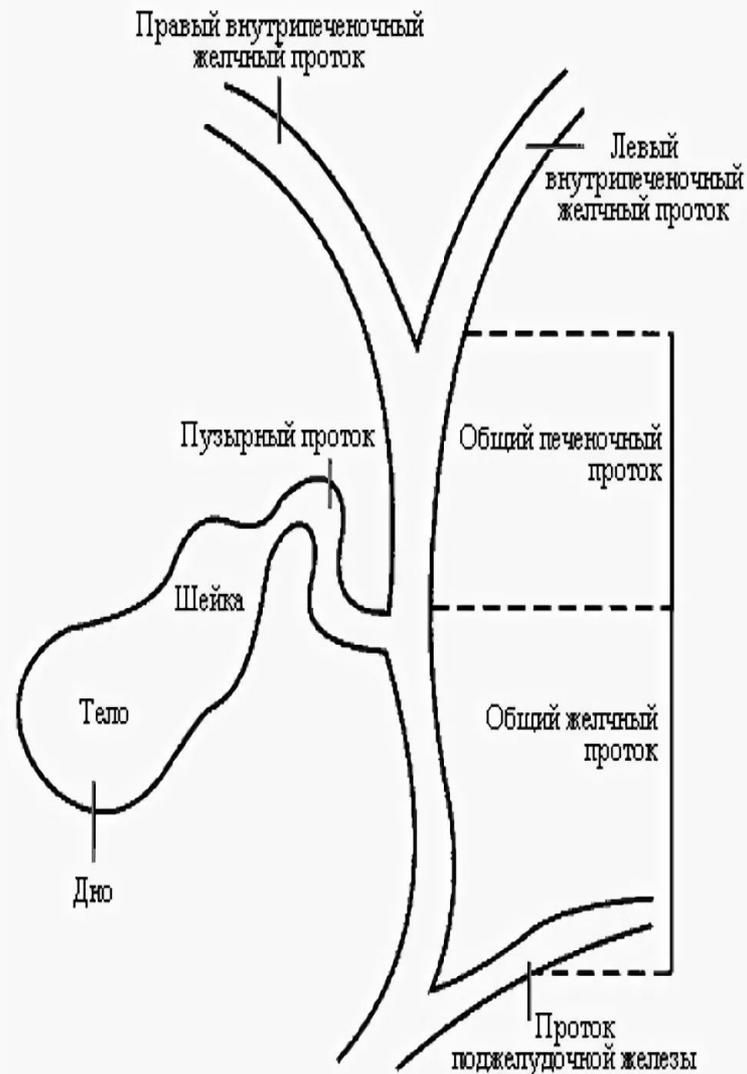


Удаление желчного пузыря от шейки

Оттянув печень кверху, а 12-перстную кишку книзу, вдоль правого края печеночно-12-перстной связки осторожно подсекают передний брюшинный листок. Разрезая клетчатку, обнажают общий желчный проток и место впадения в него пузырного протока. На выделенный пузырный проток накладывают шелковую лигатуру, а к периферии от нее, ближе к шейке пузыря, на проток накладывают изогнутый зажим Бильрота.



Чтобы не повредить стенку общего желчного протока, лигатуру накладывают на расстоянии 1,5 см от места слияния протоков; оставление более длинной культи нежелательно, т. к. это может привести впоследствии к образованию мешкообразного расширения («ложный желчный пузырь») с камнеобразованием. Затем проток пересекается, и культю прижигают и прикрывают марлевой салфеткой. В верхнем углу раны находят пузырную артерию, ее тщательно перевязывают 2-мя шелковыми лигатурами и пересекают.



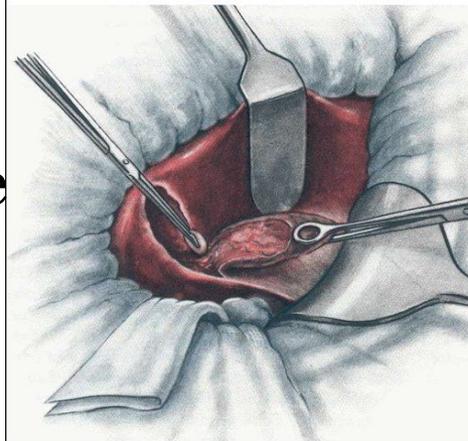
- Затем приступают к выделению желчного пузыря. Разрез передней поверхности печеночно-12-перстной связки продолжают на стенку пузыря в виде 2-х полуovalов, идущих вблизи оси желчного пузыря и входящих в его щель. После чего он легко вылуцивается из своего ложа тупым путем. После удаления пузыря листки брюшины ушивают над ложем желчного пузыря непрерывным или узловым кетгутовым швом, продолжив его вдоль разреза печеночно-12-перстной связки. Таким образом, перитонизируют ложе пузыря и культю протока. Изолирующие салфетки убирают и к культе подводят 2–3 марлевых тампона шириной 3 см каждый; их доводят до дна раны, но не доходя до печеночно-12-перстной связки; марлевые тампоны выводят через опорожненную рану. Удаляют их постепенным вытягиванием, начиная с 9–11-го дня. Брюшную стенку зашивают послойно: непрерывным кетгутовым швом — брюшину, узловым шелковым швом — пересеченные мышцы и стенки влагалища прямой мышцы живота.

Удаление желчного пузыря от дна

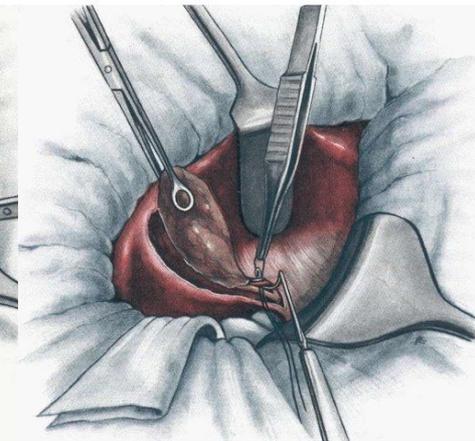
производят в обратном порядке: сначала выделяют желчный пузырь, а затем осуществляют приемы выделения и лигирования пузырной артерии и протока. Для этого выделенный пузырь оттягивают; тогда выделенная пузырная артерия будет заметна в правом верхнем углу треугольника Кало, ее изолируют и пересекают между 2-мя лигатурами описанным выше способом. После этого выделяют, лигируют и пересекают пузырный проток. Дальнейший ход операции такой же, как при выделении пузыря от шейки. Выделение пузыря от дна менее целесообразно, т. к. при этом мелкие камни из полости пузыря легко закидываются в протоки.

Холецистэктомия

от дна к шейке



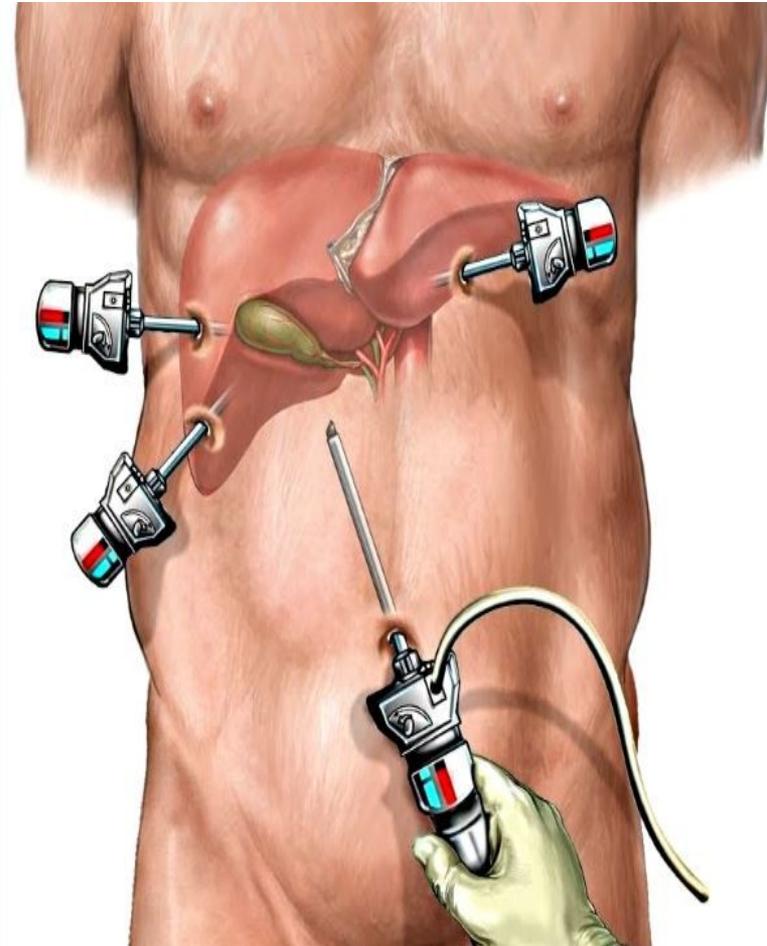
Выделение желчного пузыря из его ложа



Перевязка пузырной артерии и вены

Лапароскопическая холецистэктомия

- Лапароскопическая операция признана «золотым стандартом» лечения при хронических холециститах и желчнокаменной болезни, служит методом выбора при острых воспалительных процессах. Несомненным преимуществом метода считают малую операционную травму, короткий срок восстановления, незначительный болевой синдром. Лапароскопия позволяет пациенту покинуть стационар уже на 2-3 день после лечения и быстро вернуться к привычной жизни.



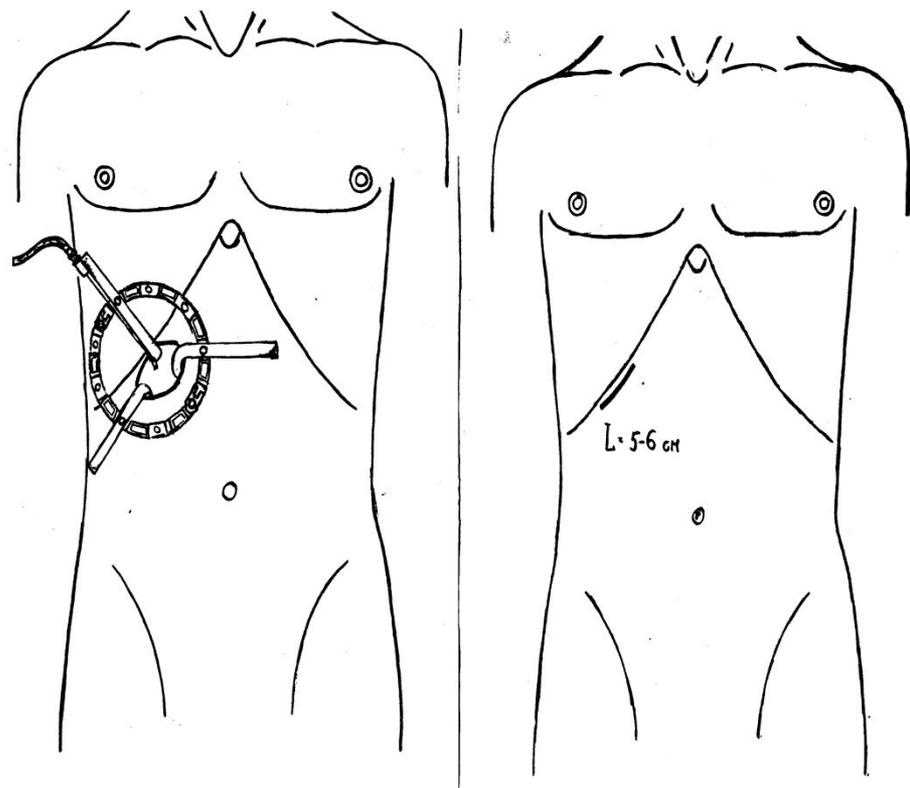
Этапы лапароскопической операции:

- Проколы брюшной стенки, сквозь которые вводят инструменты (троакары, видеокамера, манипуляторы);
- Нагнетание в живот углекислоты для обеспечения обзора;
- Клипирование и отсечение пузырного протока и артерии;
- Удаление желчного пузыря из брюшной полости, инструментов и ушивание отверстий.



Холецистэктомия минидоступом

- *Ход вмешательства включает те же этапы, что и остальные виды холецистэктомии: формирование доступа, перевязку и пересечение протока и артерии с последующим удалением пузыря, а различие состоит в том, что для проведения этих манипуляций врач использует небольшой (3-7 см) разрез под правой реберной дугой.*



- Минимальный разрез, с одной стороны, не сопровождается большой травмой тканей живота, с другой – дает достаточный обзор хирургу для оценки состояния органов. Особенно показана такая операция больным с сильным спаечным процессом, воспалительной инфильтрацией тканей, когда затруднено введение углекислого газа и, соответственно, лапароскопия невозможна.



Список литературы

- <http://operaciya.info/>
- <https://gastrotips.ru/>
- <https://studfiles.net/>
- <http://puzyrzhelchnyj.ru/>
- <https://pankreatit-med.com/>
- <https://sovets.net/>