

ПМ 02 «Лечебная деятельность»

МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля

Специальность 060101 «Лечебное дело»

Курс 2, семестр 4

Группа 211

Тема: «Желчнокаменная болезнь»

Преподаватель Бритвина Т.Т.

Пятигорск, 2012-2013 г.г.

# Определение патологии

«Желчно-каменная болезнь есть болезнь хроническая, протекающая с обострениями и осложнениями, повторяющимися через определенные промежутки времени затишья болезнью. Поэтому острой желчно-каменной болезни не существует, а бывают острые холангиты или обострения хронических, которые и именуются острыми приступами — коликами, весьма различными по своей силе и частоте»

С.П. Федоров, 1934 г.

# Некоторые хронологические вехи в лечении желчно-каменной болезни

Год	Хронологические вехи	Исследователь и
1680	Произведена первая холецистэктомия у собаки	G. Zambecari
1735	Произведена холецистостомия	J.L. Petit
1881	Первое химическое исследование желчных камней	C. Galeati
1906	Осуществлена первая	С. Бернардони

# Некоторые хронологические вехи в лечении желчно-каменной болезни

Год	Хронологические вехи	Исследователи
1884	В России впервые произведена холецистостомия	Е.В. Павлов
1887	В России впервые выполнен холецистоэнтероанастомоз	Н.Д. Монастырский
1889	В России впервые произведена холецистэктомия	Ю.Ф. Косинский

# Некоторые хронологические вехи в лечении желчно-каменной болезни

Год	Хронологические вехи	Исследователи
1950	Первое упоминание о применении УЗИ при заболеваниях печени и желчных путей	L. Ludwig ФРГ
1986	В России выполнена «открытая» лапароскопическая холецистэктомия из минидоступа	М.И. Прудков и соавт. Свердловск

# Некоторые хронологические вехи в лечении желчно-каменной болезни

Год	Хронологические вехи	Исследователи
1987	Впервые в мире выполнена лапароскопическая холецистэктомия	Ph. Mouret Франция
1991	В России выполнена лапароскопическая холецистэктомия	Ю.И. Галлингер, А.Д. Тимошин Москва

# Факторы риска развития желчнокаменной болезни (холелитиаза)

- желчнокаменная болезнь у матери
- беременность и роды в анамнезе
- нарушения жирового обмена
- заболевания печени
- хронический бескаменный холецистит

# Факторы риска развития желчнокаменной болезни (холелитиаза)

- гипомоторные дискинезии
- нарушения химического состава желчи
- сахарный диабет
- прием оральных контрацептивов и др.



# ЖКБ, острый гангренозный холецистит



# Клинические формы желчно-каменной болезни

## I. Неосложненная форма

*«у желчнокаменной болезни нет  
клиники, у нее есть только  
осложнения»*

Вегнер, 1875 г.

# Клинические формы желчно-каменной болезни

## 1. Латентная форма

- ❑ у 80-90% умерших с желчными камнями, обнаруженными при вскрытии, при жизни не было каких-либо жалоб
- ❑ при наблюдении в течение 10-20 лет за случайно обнаруженными желчными камнями признаки заболевания обнаруживались только у 45%
- ❑ по содержанию  $C^{14}$  в желчных камнях клинические проявления ЖКБ возникают через 10-15 лет с начала образования камней, но не у беременных.

# Клинические формы желчно-каменной болезни

2. Первично-хронический холецистит

3. Печеночная (желчная) колика

❑ Самые частые проявления холелитиаза – у  
75% больных

❑ Продолжительность колики – 1-6 часов, более  
6 часов – острый холецистит

# Клинические формы желчно-каменной болезни

4. Хронический рецидивирующий холецистит
  - Каждый рецидив – острый холецистит !
5. Хронический резидуальный холецистит
6. Стенокардическая форма – синдром Боткина
7. Синдром Сейнта (ЖКБ + диафрагмальная грыжа + дивертикулит толстой кишки)

**Клинико-морфологическая  
классификация острого холецистита (В.С.  
Савельев и Е.Г.Яблоков, 1986)**

**Неосложненный**

- Катаральный
- Флегмонозный
- Гангренозный

# Клинико-морфологическая классификация острого холецистита (В.С. Савельев и Е.Г.Яблоков, 1986)

## Осложненный

- с околопузырным инфильтратом
- с околопузырным абсцессом
- с прободением пузыря
- с перитонитом
- с механической желтухой
- с холангитом
- с наружным или внутренним желчным свищом
- с острым панкреатитом

# Хронические осложнения

- Эмпиема желчного пузыря
- Водянка желчного пузыря
- Стеноз БДС
- Стриктура холедоха
- Пузырно-кишечные свищи
- Кишечная непроходимость
- Перихолецистит
- Холедохолитиаз, холангит



# Диагностика желчно-каменной болезни

1. Анамнез – достоверность 95%

2. Клиническое обследование:

- Осмотр (цвет покровов, расчесы, следы от грелки)
- Пальпация
- Биохимические исследования (билирубин, диастаз мочи, уробилин)

# Специальные методы

- ❑ **Обзорная R-графия брюшной полости**  
(15-20% камней R-контрастны)
- ❑ **Пероральная холеграфия** (холевид, йопагност, телопак - 3 г. per os)
- ❑ **Внутривенная холеграфия** (билигност, билиграфин, холеграфин, адипиодон, биливистан – 50% р-р 0,9 мг/кг)

# Специальные методы

- ❑ **Инфузионная холеграфия** (0,9 мг/кг контраста + 150-200 50% глюкозы в течение 20 мин в/в. Серия снимков через каждые 30 минут в течение 2 часов)
- ❑ **Чрескожная чреспеченочная холеграфия под УЗ-контролем**
- ❑ **Лапароскопическая холеграфия** (обзорная лапароскопия, холеграфия, декомпрессия желчного пузыря, холедоха)

# Специальные методы

- **Изотопное сканирование желчных путей** (Тс-HiDA или Тс-PiPiDA)
  - для быстрого определения проходимости пузырного протока
  - для визуализации холедоха при остром холецистите с отключенным желчным пузырем

# Специальные методы

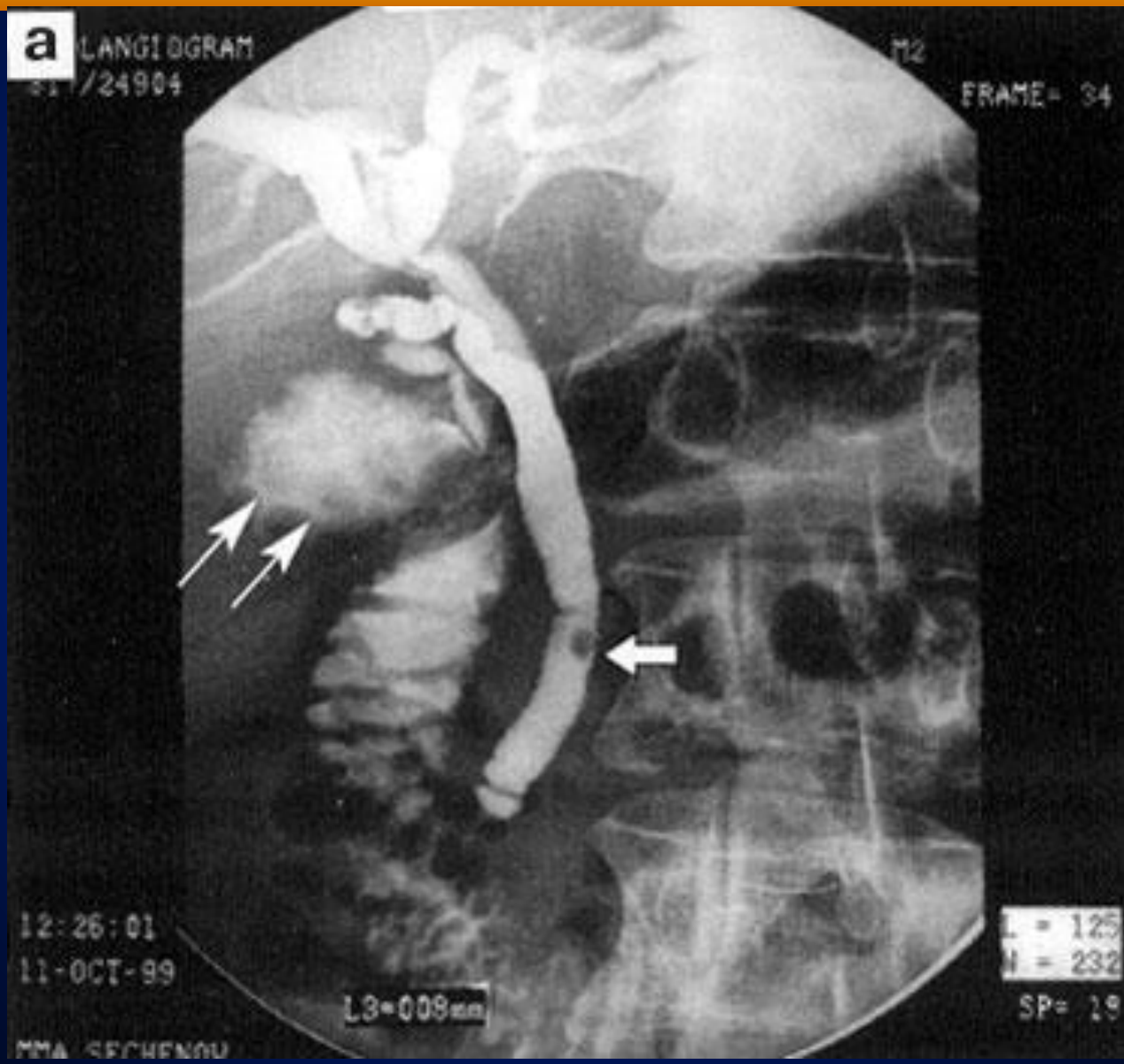
## □ ЭРХПГ

- Холецистокининовый провокационный тест – вызывает приступ болей, применяется для дифдиагностики в неясных случаях

# ЭРХПГ, отключенный желчный пузырь, холедохолитиаз



# ЭРХПГ, хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз



# Специальные методы

## □ УЗИ

- Достоверность – 95% случаев
- Информативен при остром холецистите
- Неинвазивный
- Недорогой и доступный

## □ КТ

## □ ЯМРТ



# УЗИ

(мелкие камни желчного пузыря)



# УЗИ

(крупные камни желчного пузыря)



# Латентная форма

Большинство больных с «молчащими камнями» считает, что дискомфорт, стоимость и риск чисто профилактической операции не-соизмеримы с гипотетической пользой удаления органа, который может быть не станет причиной клинически выраженных болей. Для каждого конкретного больного естественный ход событий непредсказуем — вероятность развития осложнений составляет 1-2% в

# Последствия длительно текущей желчнокаменной болезни

- ❑ Увеличение числа осложненных форм ЖКБ
- ❑ Постарение пациентов; увеличение числа сопутствующих и конкурирующих заболеваний
- ❑ Увеличение числа деструктивных форм острого холецистита
- ❑ Возрастание частоты экстренных операций
- ❑ Ухудшение качества жизни пациентов
- ❑ Необоснованные существенные социально-экономические потери

# Методы лечения желчнокаменной болезни

- Оперативное лечение с применением малоинвазивных технологий (лапароскопическая холецистэктомия, холецистэктомия из мини-доступа, эндоскопические методы и др.)
- Традиционная холецистэктомия
- Лекарственное растворение желчных камней (литолическая терапия)
- Экстракорпоральная волновая литотрипсия
- Комбинация методов, другие методы лечения

# Тактика при остром холецистите

Показанием для экстренной операции являются симптомы местного или распространенного перитонита (деструктивный холецистит, перитонит).

# Тактика при остром холецистите

При остром холецистите любой тяжести должна быть начата консервативная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная и т.п.), которая при перитоните носит характер кратковременной интенсивной подготовки к операции (не более 2 - 3 часов).

# Тактика при остром холецистите

В случае отсутствия успеха от консервативной терапии в первые 48-72 часа от начала заболевания показано срочное оперативное вмешательство, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста



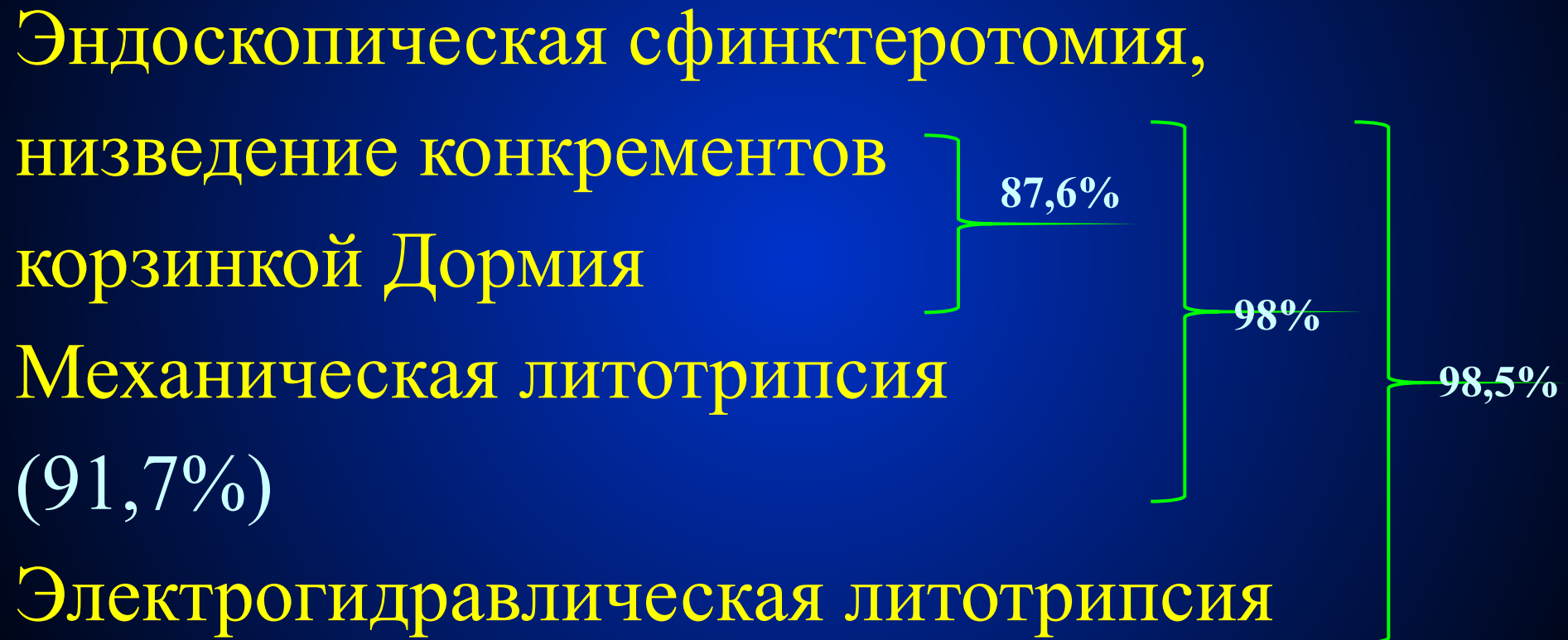
# Тактика при остром холецистите

При купировании приступа острого холецистита операцию целесообразно выполнить в плановом порядке, через 2-3 недели

# Тактика при остром холецистите

У больных пожилого и старческого возраста, отягощенных сопутствующими заболеваниями, особенно при наличии холангита или механической желтухи, операцию целесообразно заменить декомпрессией желчного пузыря под контролем УЗИ (лапароскопии и др.) с наложением микрохолецистостомы. При отсутствии необходимой аппаратуры возможно выполнение операции холецистостомии. По показаниям выполняют эндоскопическую папиллосфинктеротомию, назобилиарное дренирование холедоха

# Эффективность лечения холангиолитиаза (по R.E. Hintze и соавт., 1996)



# Финансовый анализ

## лапароскопической и традиционной холецистэктомии (no p.j.d. steavens et al, 1997)

	<b>Лапароскопическая</b>	<b>Традиционная</b>
<b>Общая стоимость (\$ США)</b>	<b>2293 ± 472</b>	<b>4775 ± 1997</b>
<b>Интраоперационные исследования</b>	<b>67 ± 41,4</b>	<b>202 ± 121,8</b>
<b>Операционная и палата пробуждения</b>	<b>492,2</b>	<b>492,2</b>

# Финансовый анализ

## лапароскопической и традиционной холецистэктомии (по p.j.d. Steavens et al, 1997)

	<b>Лапароскопическая</b>	<b>Традиционная</b>
Пребывание после операции	<b>1334 ± 430</b>	<b>3787 ± 1875,6</b>
Проф. оплата: хирургия	<b>269,4</b>	<b>207,3</b>
Анестезиология	<b>129,5</b>	<b>85,5</b>
Средняя продолжительность пребывания в клинике	<b>3,1 ± 1,0</b>	<b>8,8 ± 4,4</b>

# Летальность после холецистэктомии

Возраст	ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ	
	ПЛАНОВАЯ	ЭКСТРЕННАЯ
< 65 лет	0,05%	1,94%
> 65 лет	0,32%	10,90%
<b>ИТОГО...</b>	<b>0,09%</b>	<b>5,70%</b>

*Общая летальность на 5300 операций за последние 10 лет —*  
**0,25%**