ГБОУ СПО СК «Пятигорский медицинский колледж»

ПМ 02 «Лечебная деятельность»

МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля

Специальность 060101 «Лечебное дело»

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	Исследователи
1680	Произведена первая холецистэктомия у собаки	G. Zambeccari
1735	Произведена холецистостомия	J.L. Petit
1881	Первое химическое исследование желчных камней	C. Galeati
1882	Осуществлена первая	C. Langegbuch

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 мини-доступа	М.И. Прудков и соавт. Свердловск

Некоторые хронологические вехи в лечении желчно-каменной болезни

Год	Хронологические вехи	Исследователи
1987	Впервые а 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)
- **Чсескожная чреспеченочная холеграфия под УЗ-контролем**
- **Лапароскопическая холеграфия** (обзорная лапароскопия, холеграфия, декомпрессия желчного пузыря, холедоха)

Специальные методы

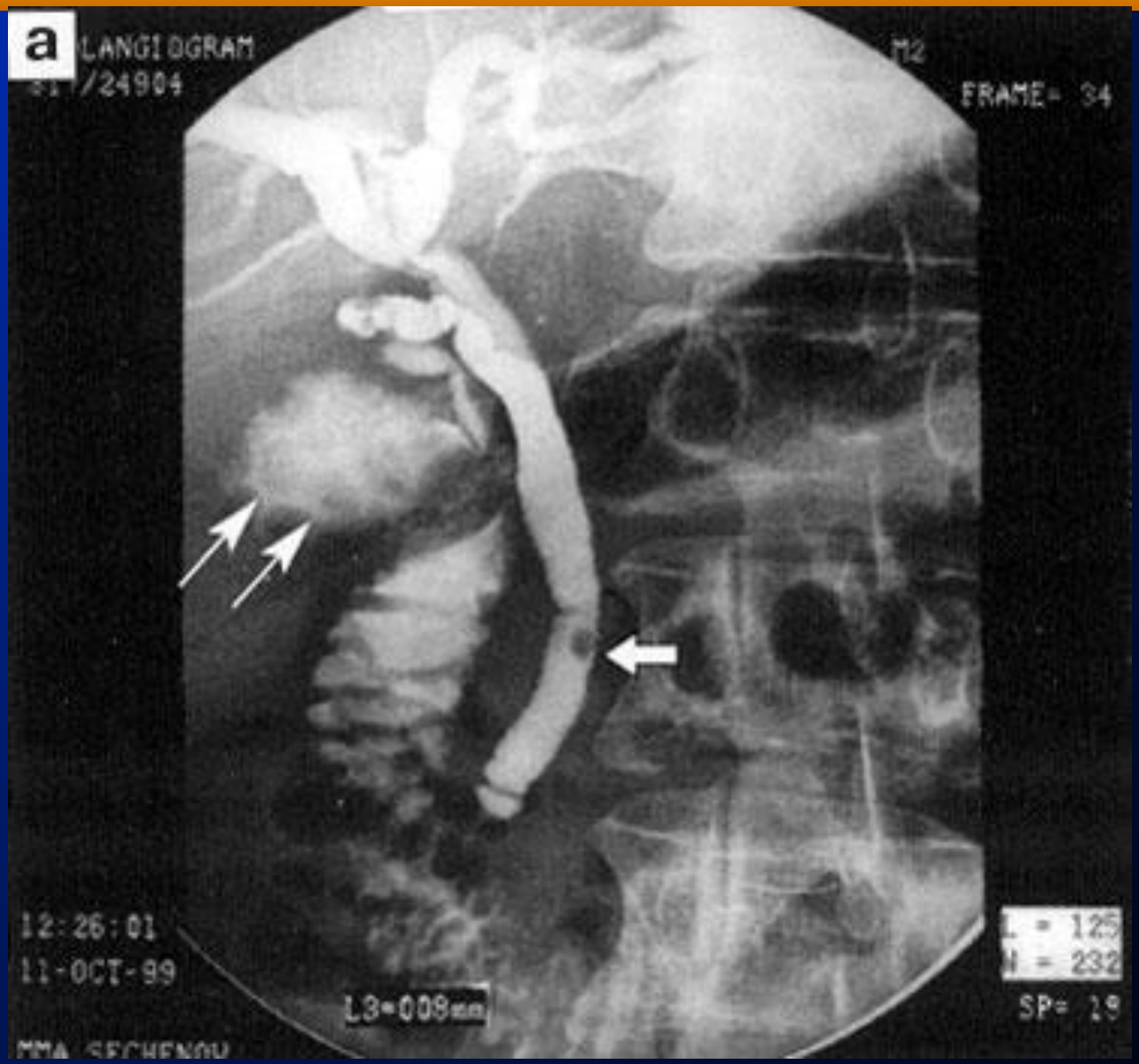
- **Изотопное сканирование желчных путей** Tc-HiDA или Tc-PiPiDA)
  - **для быстрого определения проходимости пузырного протока**
  - **для визуализации холедоха при остром холецистите с отключенным желчным пузырем**

Специальные методы

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

ЭРХПГ, отключенный желчный пузырь, холедохолитиаз

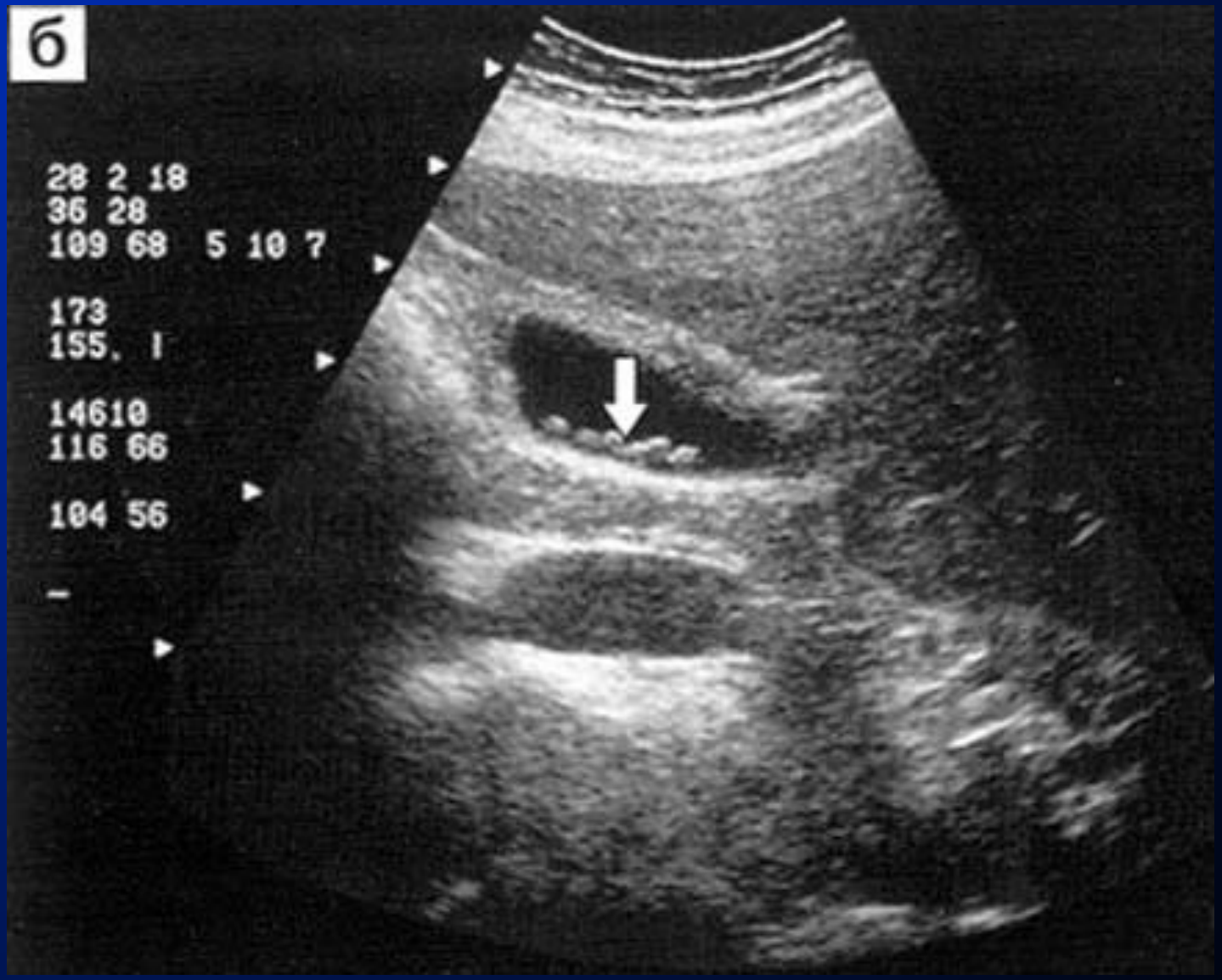
ЭРХПГ, хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз



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 год

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 кон-сервативной 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 выполне-ние операции холецистостомии. По показаниям выполняют эндоскопическую папиллосфинктеротомию, назобилиарное дренирование холедоха

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

Эндоскопическая сфинктеротомия,

низведение конкрементов

корзинкой Дормия

Механическая литотрипсия

(91,7%)

Электрогидравлическая литотрипсия

87,6%

98%

98,5%

Финансовый анализ
лапароскопической и традиционной холецистэктомии
(по p.j.d. steavens et al, 1997)

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

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

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

Летальность после холецистэктомии

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

Общая летальность на 5300 операций за последние 10 лет —

0,25%