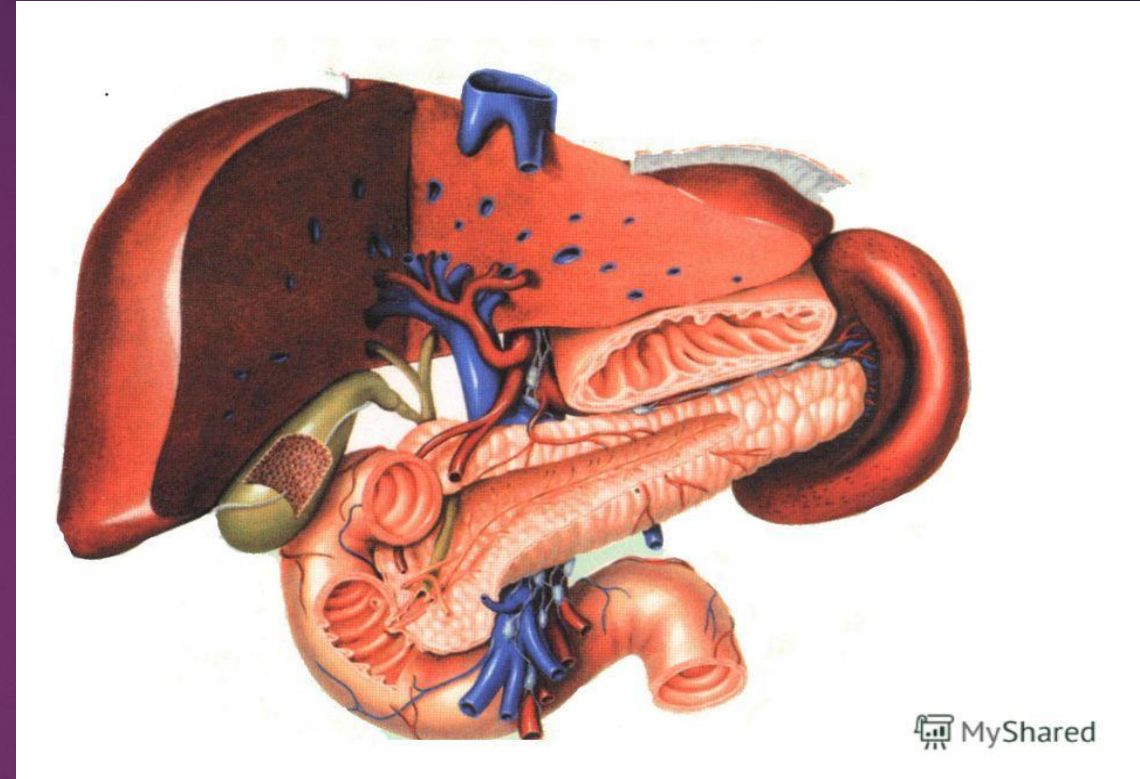


Билиарная дисфункция и хронический холецистит в общей врачебной практике.



ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
К.М.Н. НУРМАГОМАЕВА ЗАИРА САИДОВНА

ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

У здорового человека желчный пузырь между приемами пищи накапливает и концентрирует желчь; его средний объем натощак составляет 35–50 мл.

Дисфункция ЖП характеризуется нарушением его сократительной активности, обусловленным метаболическими нарушениями (например, перенасыщением желчи холестерином) либо первичными функциональными нарушениями.

Распространенность этого состояния, по некоторым данным, достигает 8% среди мужчин и 21% среди женщин.

КРИТЕРИИ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- ❖ - приступы боли в правом подреберье и/или подложечной области в сочетании со всеми нижеперечисленными признаками:
- ❖ – длительность эпизодов боли не менее 20-30 мин.;
- ❖ – повторение приступов с различными интервалами (не ежедневно);
- ❖ – нарастающий, а затем устойчивый характер боли;
- ❖ – интенсивность боли, достаточная для того, чтобы нарушить деятельность пациента или заставить его обратиться за срочной медицинской помощью;
- ❖ – отсутствие облегчения боли после дефекации, приема антацидов или изменения положения тела;
- ❖ – исключение других патологических процессов, которые могли бы объяснить появление данных симптомов.
- ❖ Дополнительные, уточняющие признаки включают сочетание боли с тошнотой и рвотой, иррадиацию в спину или правую подлопаточную область, возможность ночных приступов.

Таблица 1. Критерии диагностики
дисфункции желчного пузыря
(Rome III, 2006)

Билиарная боль

Сохраненный желчный пузырь (ЖП)

Нет камней ЖП, сладжа, микролитиаза, других органических
болезней

Фракция выброса ЖП менее 40%

Нормальные АЛТ, АСТ, связанный билирубин
и амилаза/липаза

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФУНКЦИЙ ЖП

- **1. Гипотонически-гиперкинетическая билиарная дискинезия** (застойный ЖП и спазм сфинктера одди):
 - А) Первичная (ваготоники, идиопатическая)
 - Б) Вторичная (повышенное кислотообразование в желудке, неязвенная диспепсия, гастрит типа В, пептическая язва, хронический рецидивирующий панкреатит)
- **2. Гипотонически-гипокинетическая билиарная дискинезия:**
 - А) Первичная (астеническая конституция, в том числе недостаточность выработки холецистокинина)
 - Б) Вторичная (недостаточность выработки тиреоидных, гипофизарных, половых гормонов, заболевания женских половых органов, ожирение, гипоталомические нарушения)
- **3. Гипертонически-гиперкинетическая билиарная дискинезия**
 - А) первичная (симпатикотоники, идиопатическая)
 - Б) вторичная (тиретоксикоз, начальные стадии климакса, предменструальный синдром, неврозы, остеохондроз)

ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ОПОРОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

К первичным факторам относятся:

1. Патология гладкомышечных клеток желчного пузыря (повышенная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках стенки желчного пузыря).
2. Дискоординация желчного пузыря и пузырного протока (повышенная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках пузырного протока).
3. Увеличение сопротивление пузырного протока (повышенная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках пузырного протока).
4. Снижение чувствительности к нейрогормональным стимулам.

КЛИНИКА

При гиперкинетической форме тонус желчного пузыря повышен и его сокращения происходят слишком быстро и сильно. Сфинктеры при этом раскрываются недостаточно. Это вызывает резкие болевые ощущения в правом подреберье.

Приступы боли обычно кратковременны и редко продолжаются больше одного часа.

Провоцируются отрицательными эмоциями, волнениями, нервными перегрузками.

Гипокинетической формой страдают люди старшего возраста. Ее причина — недостаточно интенсивное сокращение желчного пузыря. Это также проявляется болью в правом подреберье. Боль обычно не сильная, но длительная, носит тупой, нередко распирающий характер. Частыми симптомами являются диспепсические расстройства в виде тошноты, горечи во рту, а также вздутие живота и запоры.



Алгоритм Диагностики дисфункций ЖП

- При наличии клинических симптомов заболевания органов билиарной системы целесообразно проведение УЗИ желчевыводящей системы, печеночных проб, определение уровня панкреатических ферментов
- Если отсутствуют отклонения при проведении перечисленных исследований, показана ЭФГДС.
- Наличие патологических изменений является показанием для проведения соответствующих исследований и лечения.
- Отсутствие отклонений при использовании всех перечисленных методов указывает на целесообразность проведения холесцинтиграфии на фоне пробы с холецистокинином.
- Опорожнение желчного пузыря менее 40 % свидетельствует о вероятном диагнозе дисфункции желчного пузыря.
- Нарушение опорожнения желчного пузыря может указывать на необходимость проведения холецистэктомии
- Нормальное опорожнение желчного пузыря (более 40 %) является показанием для проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.
- При отсутствии конкрементов, других патологических изменений в общем желчном протоке выполняется манометрия сфинктера Одди.

- Для уточнения характера дискинетических расстройств с помощью УЗИ натощак и после желчегонного завтрака (в качестве желчегонного завтрака используются сорбит 20 г на 100 мл воды) или внутривенного введения холецистокинина в дозе 20 мг/кг, исследуют объем желчного пузыря. Моторно-эвакуаторная функция пузыря считается нормальной, если его объем к 30-40-й минуте уменьшается.
- При наличии дисфункции сфинктера Одди после желчегонного завтрака диаметр общего желчного протока составляет 0,4-0,6 см.

При гипотоническом типе дискинезий наблюдается увеличение размеров и опущение пузыря, часто с удлинением, расширением его формы.



Интерпретация данных многоментного дуоденального зондирования:

Рассчитывается скорость выделения желчи: в норме скорость выделения желчи порции «А» и «С» — 1 мл/мин, порции «В» — 1—1,5 мл/мин.

1. Гиперкинетический тип дискинезии желчного пузыря:

- Ускорение опорожнения желчного пузыря
- Объем пузырной желчи соответствует возрастной норме или меньше ее. Повышение скорости выделения желчи порции «В»
- Исследование может сопровождаться болью в животе.

2. Гипокинетический тип дискинезии желчного пузыря:

- Замедление опорожнения желчного пузыря (желчь порции «В» выделяется медленно (удлинение IV фазы) и равномерно.
- Скорость выделения желчи порции «В» меньше нормы.
- После введения второго раздражителя часто вновь выделяется пузырная желчь вследствие неполного опорожнения жп в IV фазе.

Лечение дискинезии ЖП

- диетотерапию;
- лекарственную терапию;
- физиотерапию;
- водолечение;
- Санаторно-курортное лечение.
- Лечение больных с дисфункцией желчного пузыря и сфинктера Одди чаще проводится амбулаторно.

Лечение гипертонического типа ДИСКИНЕЗИИ

- Психоэмоциональный комфорт, покой.
- Диетотерапия. Общими принципами диеты являются режим питания с частыми приемами небольших количеств пищи (5-6-разовое питание) с последним приемом пищи непосредственно перед сном, что способствует регулярному опорожнению желчных путей, устранению застоя желчи. Ограничение продуктов, стимулирующих сокращения пузыря, - животные жиры, мясные, рыбные, грибные бульоны, яйца.
- Хороший эффект при данной форме функциональных расстройств дают препараты, относящиеся к группе холеспазмолитиков.
 - **Ношпа** (дротаверина гидрохлорид) назначается в таблетках по 0,04 г 1-3 раза в день в течение 14 дней и более или в ампулах по 2 мл 2 % раствора внутримышечно или внутривенно 1-2 раза в сутки
 - **платифиллин** назначают по 1 табл. (0,005 г) 2-3 раза в день до еды в течение 100 дней. При коликах препарат вводится подкожно по 1 мл 2 % раствора 1-3 раза в сутки.
 - **Эуфиллин** (теофиллин 80 %; этилендиамин 20 %) по 1 табл. (0,15 г) 1 раз в день.)

- С целью стимуляции образования и оттока желчи, а также спазмолитического действия применяется чай, в состав которого входят следующие растения: листья шпината (*Folia Spinaciae*), плоды чертополоха (*Fructus Cardui Mariae*), трава лапчатки гусиной (*Herba Anserinae*), трава чистотела (*Herba Cheh' dorm*), трава тысячелистника (*Herba Millefolii*), корень солодки (*Radix Licumtae*), корневище ревеня (*Rhizoma Rhei*), корень и трава одуванчика (*Radix Taraxacis c. Herba*), корневище куркумы, масло куркумы (*Rhizoma Curcumae, Oleum Curcumae*), вытяжка алоэ (*Extractum Aloes*)

Лечение гипотонического типа дискинезии ЖВП.

- расширение двигательного режима.
- Питание: некрепкие бульоны, уха, сливки, сметану. Используется пища с достаточным содержанием растительного жира (до 80 г/сут), яйца. В течение 2-3 нед назначают растительное масло по 1 ч. л. 2-3 раза в день за 30 мин до еды. Для предотвращения запоров рекомендуют сырые овощи: морковь, тыкву, кабачки, зелень. Выраженный эффект на моторику желчевыводящих путей оказывают отруби (1 ст. л. заваривают крутым кипятком и в виде кашицы добавляют к разным гарнирам).
- Показаны прокинетики: цизаприд 5-10 мг 3 раза в день; домперидон 5-10 мг 3 раза в день за 30 мин до еды; метоклопрамид 5-10 мг в сутки.
- Хороший эффект оказывают препараты группы холеретиков, а также препараты желчных кислот.

- К препаратам, содержащим желчные кислоты, относятся следующие средства:
- **Лиобил** (лиофилизированная бычья желчь), таблетки по 0,2 г, 1-2 табл. 3 раза в день после еды. Курс 1-2 мес.
- **Дехолин** (натриевая соль дегидрохолевой кислоты), ампулы по 5 мл 5 % и 20 % раствора, вводится внутривенно по 5-10 мл 1 раз в день.
- **Холецин** (соединение соли дезоксихолевой кислоты и натриевой соли высших жирных кислот) назначается по 1-2 табл. 3 раза в день перед едой.
- **Хологон** (дегидрохолевая кислота), таблетки по 0,2 г, 0,2-0,25 г раза в день. Курс лечения 2-3 нед.
- Хороший эффект на функцию ЖВП **оказывают препараты растительного происхождения** и лекарственные растения, обладающие холеретическим действием: водные извлечения из лекарственного растительного сырья аира (корневища), барбариса обыкновенного (лист, корень), березы (почки, листья), бессмертника песчаного (цветки), володушки многожилчатой (травы), горца птичьего (травы), золототысячника (травы), кориандра (плоды), кукурузы (столбики с рыльцами), лопуха (корни), пижмы (цветки), полыни горькой (травы), рябины (плоды), хмеля (шишки), цикория обыкновенного (травы), желчегонные сборы № 1 и 2,
- **комбинированные фитопрепараты** (холагогум, холагол, холафлукс, гепатофальпланта, гепабене, курепар, фламин, фуметере и др.).

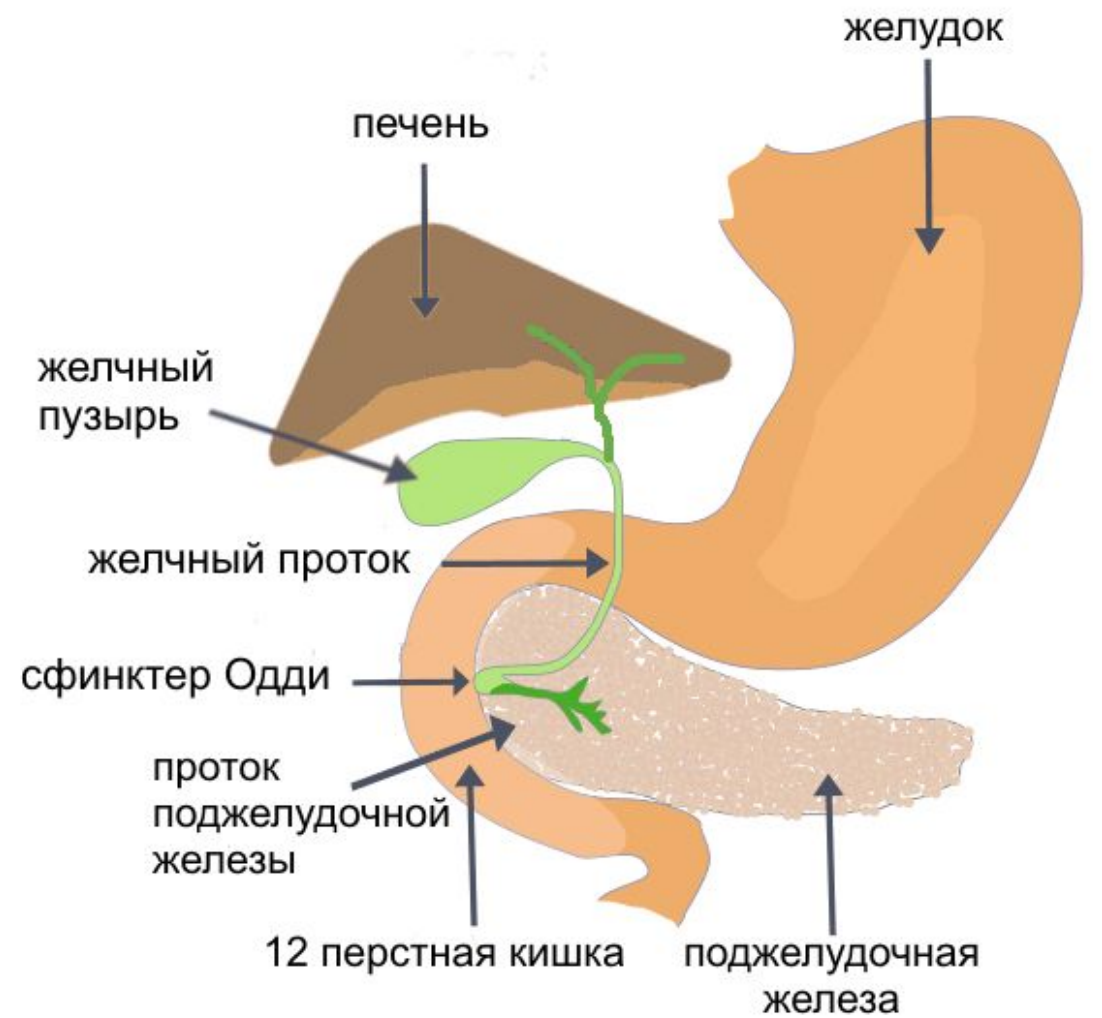
В лечении дисфункции желчного пузыря используются физиотерапевтические процедуры:

- Для улучшения микроциркуляции и трофических процессов у больных с гипертонической дискинезией показана **индуктотермия**.
- При гипотонии назначают **диадинамические токи**, фарадизацию желчного пузыря.
- **УВЧ** обладает противовоспалительным и бактерицидным действием.
- **СВЧтерапия** улучшает кровоток, трофику тканей, усиливает окислительно-восстановительные процессы, обладает противовоспалительным и болеутоляющим действием, снимает спазмы желчевыводящих путей.
- **Аппликации парафина**, озокерита улучшают кровоток и трофику тканей, обладают рассасывающим действием и способностью вызывать спазмолитический эффект при гипертонической дискинезии желчевыводящих путей.
- При гипертонических дискинезиях показан электрофорез 5 % раствора новокаина, 10 % раствора магния сульфата.
- Ванны (хвойные, жемчужные) назначают через день, на курс 10-12 ванн.
- Души (дождевой, веерной, циркулярной) рекомендуют по 35 мин, на курс 10-15 процедур.
- Массаж шейноворотниковой области № 10. Гальванический воротник на воротниковую область.

Дисфункция сфинктера Одди

- Дисфункция сфинктера Одди (англ. sphincter of Oddi dysfunction) — заболевание (клиническое состояние), характеризующееся частичным нарушением проходимости протоков жёлчи и панкреатического сока в сфинктере Одди. К дисфункциям сфинктера Одди относят, по современным представлениям, только доброкачественные клинические состояния некалькулёзной этиологии. Может иметь как структурную (органическую) так и функциональную, связанную с нарушением двигательной активности сфинктера, природу.
- Дисфункция сфинктера Одди чаще всего она встречается у женщин среднего возраста. Дисфункция сфинктера Одди очень часто проявляется у пациентов, перенёсших холецистэктомию (удаление жёлчного пузыря). У 40–45% больных причиной жалоб являются структурные нарушения (стриктуры жёлчных путей, невыявленные камни общего жёлчного протока и другие), у 55–60% — функциональные.

▶ Сфинктер Одди – это фиброзно–мышечный футляр, окружающий конечные участки общего желчного и панкреатического протоков и общий канал в месте их прохождения через стенку двенадцатиперстной кишки.



Сфинктер Одди выполняет 3 основные функции:

- регулирует ток желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку;
- предотвращает рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки в общий желчный и панкреатический протоки;
- обеспечивает накопление в желчном пузыре печеночной желчи.

Эти функции связаны со способностью сфинктера регулировать градиент давления между системой протоков и двенадцатиперстной кишкой.

Координированная сократительная активность желчного пузыря и сфинктера Одди обеспечивает наполнение желчного пузыря в период между приемами пищи.

Классификация

С учетом различий в клинической картине больных с ССО подразделяют на 2 большие категории: (1) пациенты с болью **билиарного типа** (как при заболеваниях желчных путей) (большинство);

(2) пациенты с болью, напоминающей таковую при приступе **панкреатита** (меньшая часть).

- В связи с различной этиологией и вероятностью возникновения одинаковых симптомов у пациентов обеих групп классификация дисфункции сфинктера Одди проводилась на основании клинической картины, данных лабораторных исследований и результатов, получаемых при проведении диагностической ретроградной холангиопанкреатографии, что позволило подразделить пациентов с клиническими проявлениями заболевания по билиарному типу на 3 группы.

□ **Критерии:**

А. Классический приступ желчных болей.

Б. Изменение уровня печеночных ферментов (2-кратное превышение нормального уровня АСТ и/или щелочной фосфатазы по крайней мере при 2-кратных исследованиях).

В. Замедленное выведение контрастного вещества при ЭРХПГ (> 45 мин).

Г. Расширение общего желчного протока (> 12 мм).

□ **Классификация:**

Билиарный тип I — включает все критерии, перечисленные выше (А, Б, В и Г).

Билиарный тип II — типичный приступ желчных болей (А) в сочетании с одним или двумя другими критериями (Б, В или Г).

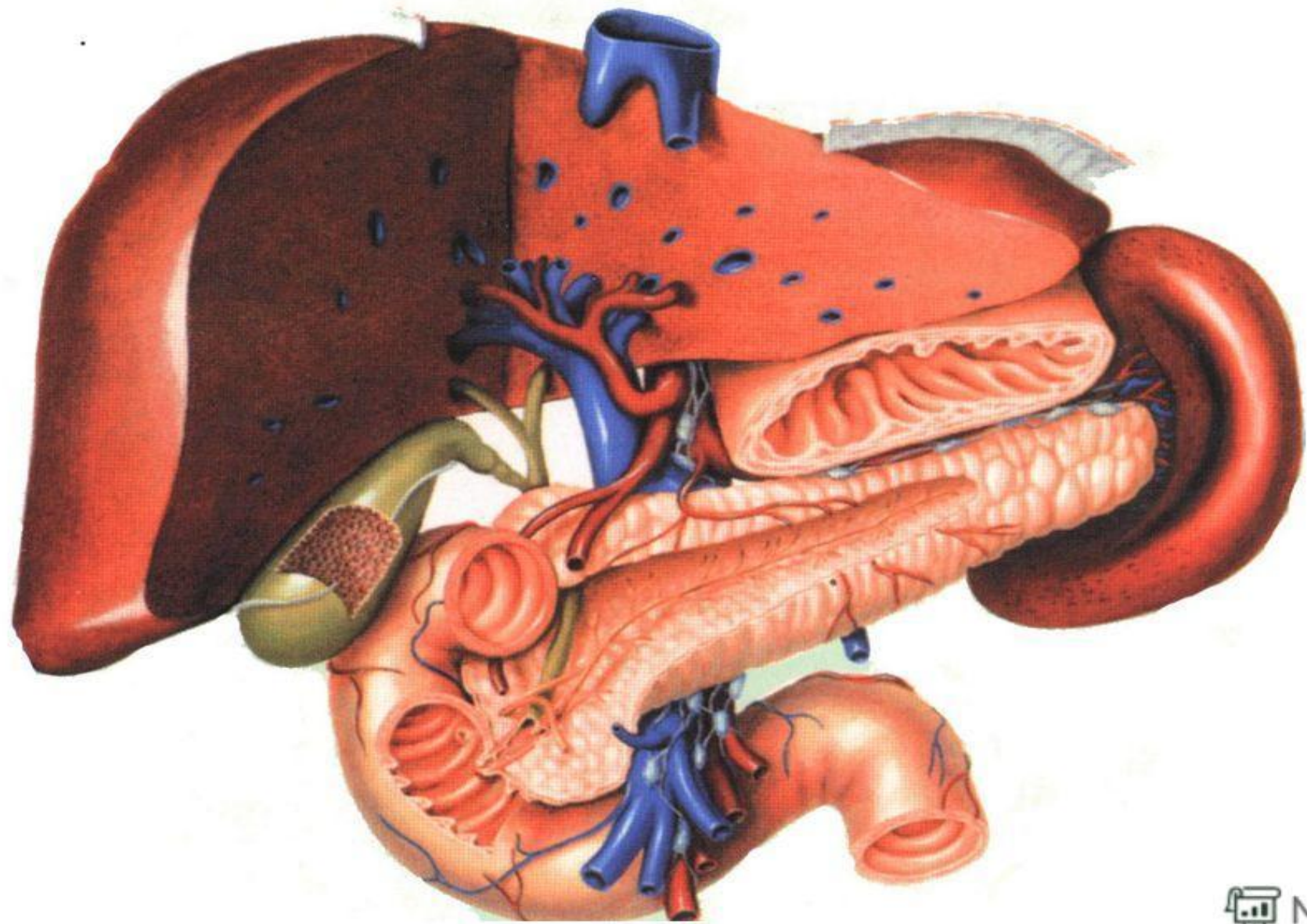
Билиарный тип III — только типичный приступ желчных болей (А).

- У пациентов, относящихся к I группе, причиной дисфункции сфинктера Одди чаще всего является стеноз сфинктера;
- во II группе пациентов нарушения могут быть как структурными, так и функциональными;
- в III группе ССО обычно носит функциональный характер.

Определение

Хронический некалькулезный (бескаменный) холецистит

- Хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, которое сочетается с моторно-тоническими нарушениями (дискинезиями) желчевыводящих путей и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи (дисхолией).



Холецистит – распространенное заболевание, которым страдает от 10 до 15% взрослого населения. Женщины болеют значительно чаще, чем мужчины. Некалькулезный холецистит составляет 15% всех случаев, калькулезный – 85%. Некалькулезным холециститом болеют люди молодого возраста, калькулезным – среднего и пожилого возраста, часто имеющие избыточный вес.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Чаще болеют женщины среднего и
пожилого возраста.

«5 F»:

- female, fair, fat, forty, fekund

(женщины, светлые, тучные, за сорок, многодетные)

Этиология

- Бактериальная инфекция
- Паразитарная инвазия
- Дуоденобилиарный рефлюкс
- Аллергия
- Хронические воспалительные заболевания органов пищеварения
- Острый холецистит

Предрасполагающие факторы:

- нерегулярное питание
- нервно-психическая травматизация, приводящая к дисфункции вегетативной нервной системы
- гиподинамия, запоры
- беременность
- нарушения обмена веществ (ожирение, сахарный диабет, атеросклероз)
- заболевания органов пищеварения (гепатит, панкреатит, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит и др.)
- образование литогенной желчи, холелитиаз
- дуоденальная и билиарнопанкреатическая гипертензия.



Патогенез

Инфекция попадает в желчный пузырь тремя путями:

1. Восходящий — из кишечника, этому способствуют гипо- и ахлоргидрия, нарушения сфинктера Одди, дискинезия желчного пузыря по гипотонически-гипокинетическому типу, дуоденостаз.
2. Нисходящий (гематогенный) — из большого круга кровообращения по печеночной артерии или из кишечника по воротной вене.
3. Лимфогенный — при аппендиците, воспалительных заболеваниях женской половой сферы, пневмонии и нагноительных процессах в легких.

Основные патогенетические механизмы:

1. Эндокринные факторы (эстрогены приводят к повышению уровня холестерина желчи и снижению пула хенодезоксихолевых кислот)
2. Состояние нервной системы (длительные эмоциональные напряжения, гиподинамия и т.д.)
3. Наследственность – повышенная выработка фермента, который обуславливает интенсивность синтеза холестерина в гепатоцитах и недостаточную активность фермента 7-а-гидроксилазы, вызывающей превращение холестерина в желчные кислоты

4. Инфекция (эшерихия коли, кокки и др.) Под влиянием микробных ферментов хенодезоксихолевая кислота превращается в литохолевую, которая не образует мицелл и способствует кристаллизации холестерина; инфекция способствует сращиванию эпителия – образование центров кристаллизации
5. Ослабление регулирующего влияния ЦНС на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, сфинктерного аппарата
6. Алиментарный фактор – нерегулярное питание с большими интервалами между приемами пищи, обильная еда на ночь особенно жирной пищи.
7. Состав слизи желчного пузыря

Эволюция болезни включает
следующие стадии:

- 1) перенасыщение желчи
холестерином;
- 2) образование центров
кристаллизации;
- 3) гипокинезия желчного пузыря;
- 4) калькулез.

Состав и литогенность желчи

- ✓ вода - до 95%
- ✓ холестерин
- ✓ фосфолипиды (лецитин)
- ✓ соли желчных кислот (холаты)
- ✓ билирубин
- ✓ белок (муцин)

Фосфолипиды
Холаты



Холестерин
Билирубин
Белок



1. Нарушение обмена веществ -

А) *жирового обмена* (

↓ холаты + ↓ лецитин / ↑ холестерин

Причины - ожирение, гиперлипидемия, жирная пища, сахарный диабет, прием эстрогенов, клофибрата, никотиновой к-ты, болезнь Крона, резекция тонкой кишки.

Б) *пигментного обмена* -

↑ билирубин

Причины- цирроз печени, хроническая гемолитическая анемия.

2. Застой желчи

Причины - ДЖВП, врожденные аномалии ЖВП, рубцы, спайки.

3. Воспаление

Причины – 1. избыточная секреция белка,

2. продукция бактериями β -глюкуронидазы (*трансформирующая конъюгированный билирубин в неконъюгированный*).

Классификация хронического холецистита

- По этиологии:
 - колибацилярный, энтерококковый, стрепто-, стафило-, пневмококковый, сальмонеллезный, брюшнотифозный, дизентерийный, бруцеллезный, паратифозный и др.
- По степени тяжести:
 - легкая форма, средняя, тяжелая.
- По характеру течения:
 - рецидивирующий, монотонный, перемежающийся.
- Фазы:
 - обострения, затихающего обострения, устойчивая ремиссия, неустойчивая ремиссия.
- По наличию осложнений:
 - неосложненный, осложненный перихолециститом.

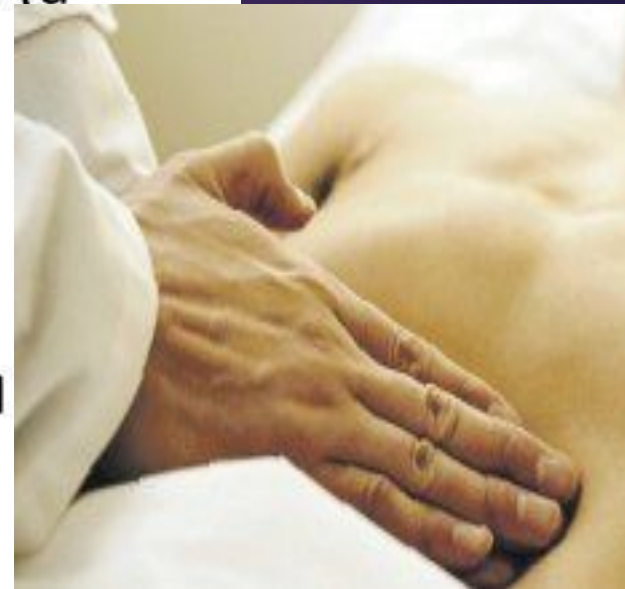
Клиническая картина

- Субъективные проявления
 - Боль при ХБХ локализуется обычно в области правого подреберья. Иногда в эпигастральной области.
 - Диспепсические жалобы. Тошнота, рвота, ощущение горечи во рту, отрыжка горьким . В результате развития вторичного гастродуоденита, гастрита, панкреатита, энтерита появляются изжога, отрыжка тухлым, метеоризм, снижение аппетита, диарея.
 - Кожный зуд. Симптом, который отображает нарушение желчеотделения и раздражение нервных окончаний кожи желчными кислотами.
- Повышение температуры тела. Отмечается в период обострения у 30-40 % больных.
- Психоэмоциональные расстройства
- Депрессия, общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, эмоциональная лабильность.



Объективное обследование

- Осмотр
 - У большинства больных отмечают избыточную массу тела.
 - У некоторых больных наблюдается субиктеричность (а иногда и более выраженная желтушность (icterus) склер
- При пальпации отмечается болезненность в области желчного пузыря. Может определяться ряд позитивных симптомов:
 - Симптом Захарьина – боль при нажатии в точке ЖП.
 - С-м Василенко – при постукивании в точке ЖП, на высоте вдоха возникает резкая боль.



Объективное обследование

- С-м Образцова-Мерфи – после нажатия на область ЖП больному предлагают вдохнуть, при этом у больного “перехватывает” дыхание от боли в области ЖП.
- С-м Кера – боль на вдохе во время пальпации правого подреберья.
- С-м Ортнера – болезненность при постукивании ребром ладони по правой реберной дуге.
- С-м Мюсси-Георгиевского – боль в точке диафрагмального нерва (френикус-симптом).

СИМПТОМАТИКА ПРИ ХОЛЕЦЕСТИТІ

СИМПТОМ ЗАХАР'ІНА: біль при натисканні в ділянці жовчного міхура



СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА-МЕРФІ: після натискання жовчного міхура хворому пропонують вдихнути, при цьому хворий "затамовує" подих від болю в ділянці жовчного міхура



СИМПТОМ ОРТНЕРА: болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі



СИМПТОМ ВАСИЛЕНКО: при постукуванні в ділянці жовчного міхура на висоті вдиху з'являється різкий біль

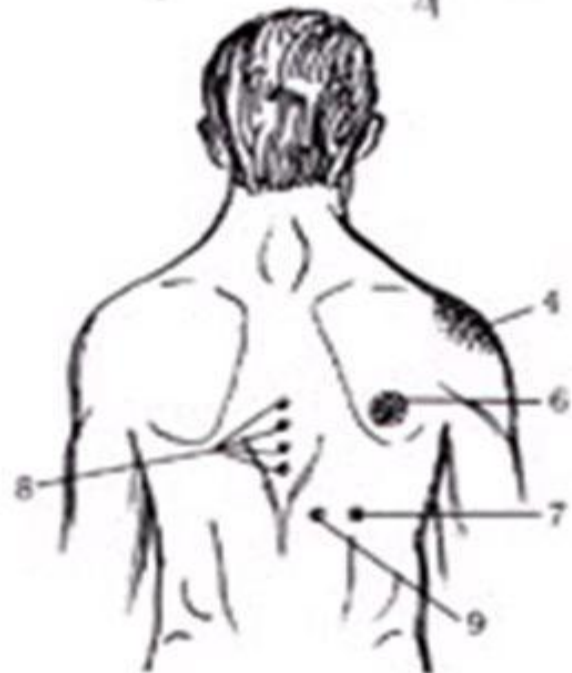
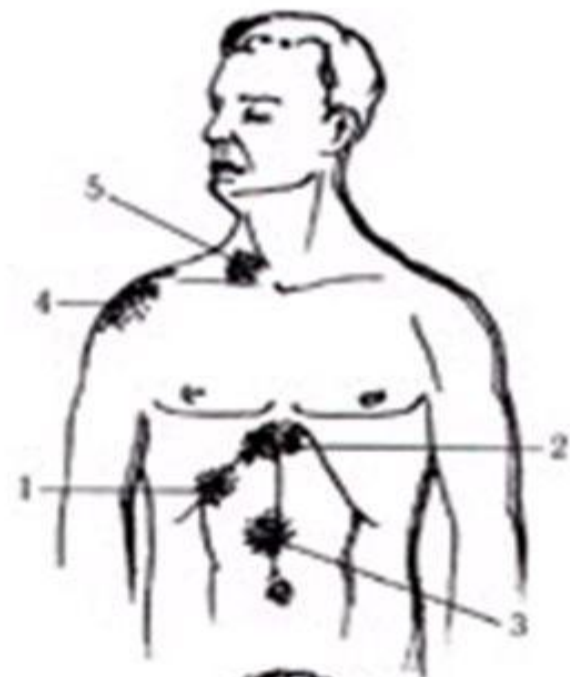


СИМПТОМ КЕРА: біль при вдиху під час пальпації правого підребер'я



СИМПТОМ МЮССІ-ГЕОРГІЄВСЬКОГО: біль в ділянці діафрагмального нерва (френікуссимптом)





**Болевые точки при заболеваниях
желчного
пузыря:**

- 1 - пузырьная точка**
- 2 – эпигастральная зона**
- 3 - холедохо-панкреатическая зона**
- 4 – зона в области гроч. асromion**
- 5 – точка n. phrenici**
- 6 – лопаточная точка**
- 7 – точка возле конца 12 ребра**
- 8 – точки возле 8 – 11 грудных
позвонков**
- 9 – точка справа от 12 грудного
позвонка**

Лабораторно-инструментальные методы исследования

- **Общий анализ крови**
 - Может наблюдаться умеренный лейкоцитоз, сдвиг влево с повышением палочкоядерных лейкоцитов, ускорение СОЭ.
- **Биохимический анализ крови**
 - При обострении повышается содержание сиаловых кислот, серомукоида, фибрина, альфа2-глобулинов, возможно, гамма-глобулинов.
- **Иммунологическое исследование крови**
 - Снижается количество В и Т-лимфоцитов, IgA.

Фракционное дуоденальное зондирование

- Изменения показателей дуоденального зондирования (порции “В”), характерные для хронического холецистита:
 - Наличие в большом количестве лейкоцитов, особенно их скоплений.
 - Выявление при визуальном осмотре желчи выраженного помутнения, хлопьев слизи.
 - Нахождение в желчи большого количества клеток цилиндрического эпителия.
 - Снижение рН пузырной желчи (в норме 6,5-7,5).
 - Появление кристаллов холестерина и кальция билирубината.
 - Снижение относительной густоты пузырной желчи (в норме 0,016-1,035).
 - Изменения биохимического состава желчи
 - Бактериологическое исследование. Количество бактерий превышает 100000 в 1 мл желчи.

УЗИ-признаки холецистита:

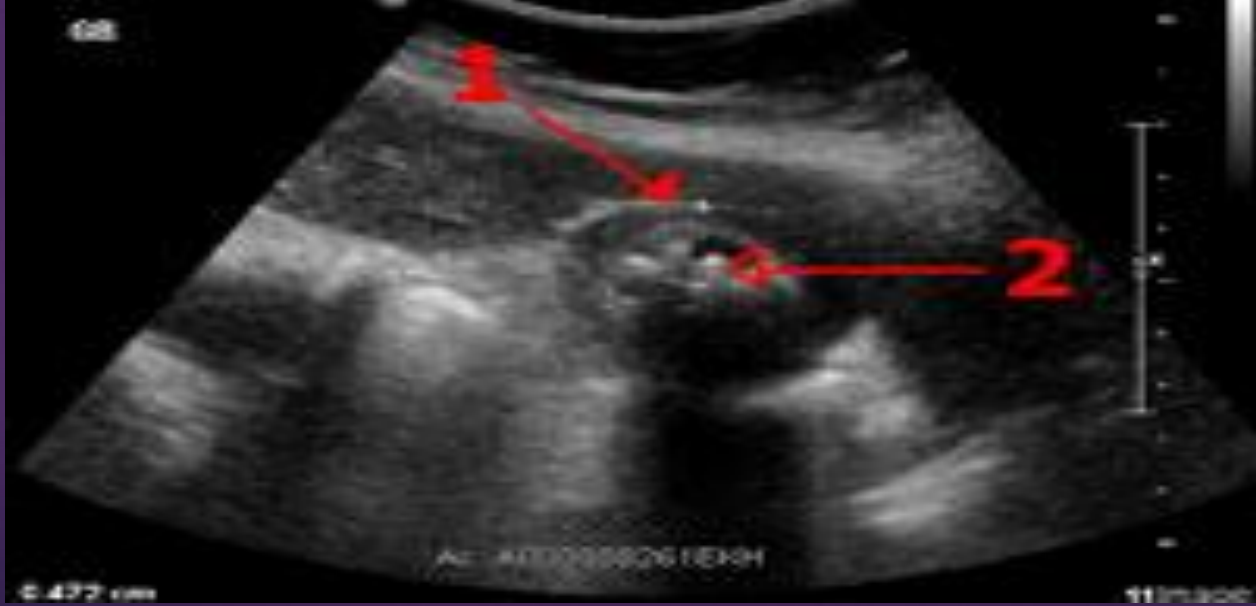
- 1.) Желчный пузырь увеличивается в размере. Поперечник больше 35- 45 мм, площадь общая больше 30 см².
- 2.) Стенка желчного пузыря изменяется. Происходит отек, пропотевание жидкости в стенку. Она увеличивается в размере. Может быть более 25 мм.
- 3.) Изменяется сама полость пузыря. Камни, замазкообразная желчь, взвесь, пузырьки газа, гной и т.д.
- 4.) В окружающих тканях происходят изменения. Рядом с пузырем может быть инфильтрация, отечная жидкость, смещение петель кишки.
- 5.) Смотрим на реакцию лимфатической системы. Может свидетельствовать нам о том, что процесс острый. Небольшие лимфоузлы размерами от 5 до 20 мм, преимущественно в области шейки желчного пузыря, ворот печени или вдоль печеночно-двенадцатиперстной связки.
- 6.) Обнаружение камней



УЗИ печени и желчного пузыря



Автор изображения James Heilmann



Рентгенологическое исследование

- Холецистография
 - нарушение концентрационной способности и двигательной функции ЖП (резкое замедление опорожнения ЖП);
 - деформация ЖП (неровность контуров в результате перихолецистита).
- Компьютерная томография. Позволяет определить положение, размеры, форму ЖП, толщину его стенки, наличие камней.
- Радиоизотопное исследование желчевыводящих путей
 - стойкое нарушение скорости заполнения и опорожнения ЖП
 - увеличение или уменьшение его размеров
 - уплотнение ложа ЖП
- Термография. Отмечается местное повышение температуры на 0,3-2 градуса С, зона ЖП выглядит светлой.

Компьютерная томограмма: утолщение стенки желчного пузыря, камни в шейке ЖП



Лечение

- В периоде обострения больному рекомендуют нестрогий постельный режим на 7-10 дней; 1-2 дня теплое питье.
- Диета № 5, питание частое (5-6 раз/сутки)) малыми порциями.
- Купирование болевого синдрома:
 - м-холинолитики, спазмолитики, анальгетики
 - А/б терапия в период обострения назначается тогда, когда думают о бактериальной природе болезни, есть клинические и лабораторные данные, которые подтверждают активность воспалительного процесса в ЖП.
- Дезинтоксикационная терапия

Лечение

- Нормализация функции вегетативной НС
 - седативные, малые транквилизаторы.
- Иммуномодулирующая терапия
 - тималин, Т-активин, натрия нуклеинат, адаптогены (женьшень, пантокрин, элеутерококк).
- Физиотерапевтическое лечение.
- Лечение минеральными водами.
- Санаторно-курортное лечение в период ремиссии (Трускавец, Гусятин, Сатанов, Ессентуки, Железноводск, Боржоми).

1.Диетотерапия:

□ частый – 5-6 раз в сутки – прием пищи небольшими порциями;

Следует ИСКЛЮЧИТЬ:!!!

- фасоль и другие бобовые культуры, щавель, шпинат, а также грибы. При наличии сопутствующего гастрита или дуоденита из рациона исключают лук, чеснок, редис (содержащиеся в них эфирные масла раздражают слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки);
 - жирные свинина, баранина, гусь, утка;
 - копчености, маринады, рыба жирных сортов, мозги, почки, печенка, жирные сорта говядины и свинины, баранина, гусь, утка, животные жиры (за исключением сливочного масла);
 - шоколад, какао, сдобное тесто;
 - консервы, фасоль и другие бобовые, щавель, шпинат;
 - крепкие мясные, рыбные, грибные бульоны, пряности.



В рацион ВКЛЮЧИТЬ!!!:

- Растительные масла (оливковое, подсолнечное, кукурузное). Лучше всего употреблять небольшие количества масла в составе овощных салатов. Растительные масла способствуют снижению уровня холестерина и препятствуют развитию камней в желчном пузыре и атеросклероза.
- Свежие фрукты и овощи (яблоки, дыни, арбузы, помидоры, морковь, свекла) – содержат большое количество клетчатки улучшающей пищеварение и способствующей выводу из организма избытка холестерина. До 400г/сутки!!!
- Хлеб из муки грубого помола и каши – снижают напряжение мышц желчного пузыря и нормализуют отток желчи.



2. Устранение болевого синдрома: пациентам следует принимать 1-2 таблетки Но-Шпа, таблетку Нитроглицерина под язык. В некоторых случаях для снятия боли можно использовать Димедрол, Баралгин (внутримышечно 5 мл).

3. Подавление инфекции при хроническом холецистите +дезинтоксикационная терапия: могут быть использованы ципрофлоксацин по 250-500 мг 4 раза в день, ампициллин 500 мг 4 раза в день, эритромицин по 200-400 мг 4 раза в день, фуразолидон по 100 мг 4 раза в день, метронидазол по 250 мг 4 раза в день. Антибактериальная терапия назначается на 10-14 дней. При выборе антибактериального препарата необходимо учитывать не только чувствительность микроорганизмов к антибиотику, но и способность проникновения противомикробных средств в желчь. В качестве дезинтоксикационной терапии применяют изотонический раствор хлорида натрия, щелочные минеральные воды, отвар шиповника. **Применяют при обострениях хронического холецистита.**

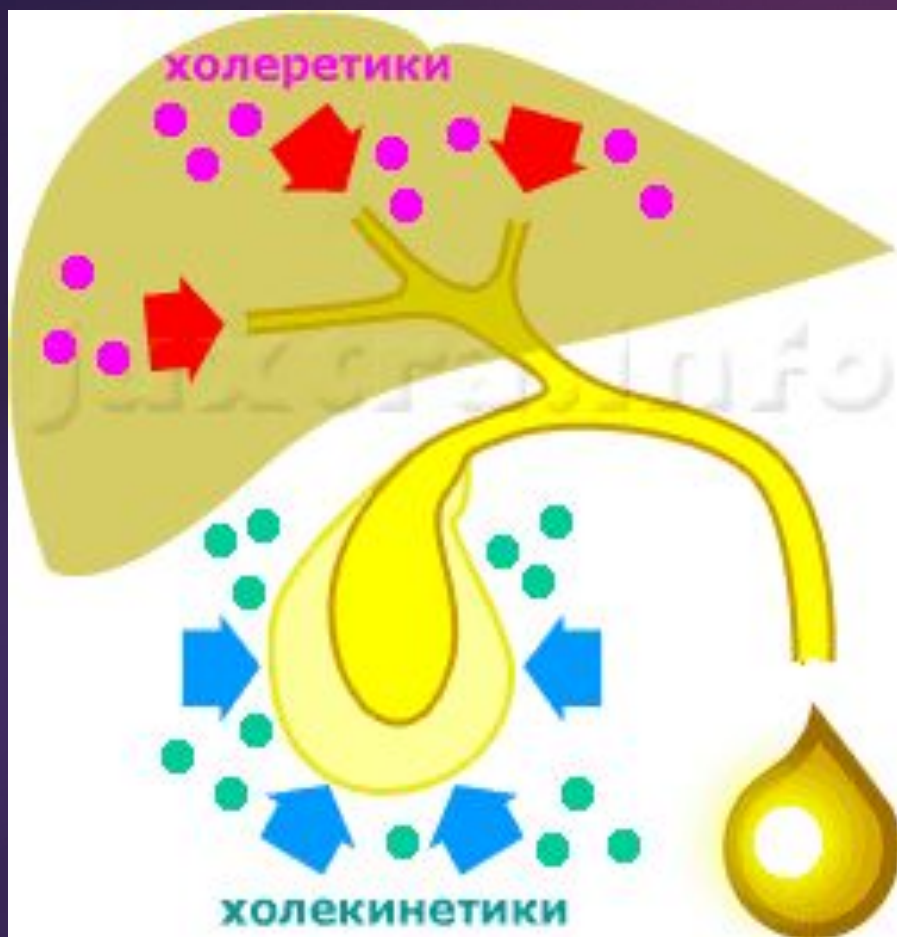
4. Подавление рвоты и тошноты при хроническом холецистите: рекомендуют принимать лекарства с противорвотным потенциалом: Церукал, Мотилиум (по 1 таблетке 2-3 раза в день).

5. Желчегонные средства:

Холеретики – стимулируют выделение желчи печеночными клетками, полезны при сниженной желчевыделительной функции(хронический гепатит, цирроз печени) АЛЛОХОЛ, ХОЛЭНЗИМ, НИКОДИН.

Холекинетики – стимулируют выброс желчи благодаря усилению моторики жп и желчных путей, используют при сниженном тоне жп. СУЛЬФАТ МАГНИЯ, СОРБИТ, МАННИТ, РАСИТЕЛЬНЫЕ МАСЛА

Желчегонные средства растительного происхождения
- ХОЛОСАС, ХОФИТОЛ, ХОЛАГОЛ, ЭКСТРАКТ АРТИШОКА, РАСТОРОПША ПЯТНИСТАЯ. Сочетают в себе свойства и холеретиков, и холекинетиков.



6. Препараты урсодезоксихолевой кислоты (УРСОСАН, УРСОФАЛЬК, УРСОХОЛ) применяют вне обострений. Урсодезоксихолевая кислота способна растворять холестериновые камни в жп и предотвращает образование новых. Помимо этого действует как холеретическое желчегонное средство, нормализует обмен холестерина, обладает гепатопротекторным действием.

Показания: чисто холестериновые камни, функционирующий жп (объем желчных камней не должен превышать 30% от объема пузыря, камни диаметром не более 1-2 см, недлительное (2-3 года) существование камней. При отсутствии уменьшения диаметра камней через 6 месяцев от начала лечения является показанием для оперативного лечения.

7. Ферментные препараты ПАНКРЕАТИН, МЕЗИМ, ФЕСТАЛ. Применяют при часто сопутствующем хроническом панкреатите.

8. В фазе ремиссии – терапия минеральными водами и (при отсутствии холангита), санаторно-курортное лечение.

рекомендуется употреблять минеральные воды следующих типов: «Ессентуки» № 17, «Ессентуки» (№ 4), «Джермук», «Ижевская», «Смирновская», «Славяновская».

Минеральные воды следует принимать за 20–30 минут до еды по 0,5-1 стакана 3–4 раза в день.

9. Физиотерапевтическое лечение: индуктотермия, УВЧ, иглорефлексотерапия, бальнеотерапия.

Сроки ВН: при легкой форме 5-7 дней, средней тяжести 18-20 дней, тяжелой форме 28-30 дней.

Диспансеризация:

- 1-2 раза в год обследование у врача (ОАК, ОАМ, БАК, дуоденальное зондирование, по показаниям УЗИ, ФГДС, ректороманоскопия);
- санация полости рта и носоглотки;
- Санитарно-просветительная работа.

Профилактика:

- режим питания

- снижение массы тела путем субкалорийного питания (редуцированная диета), включения разгрузочных дней (молочно-творожные, фруктовые, овощные, овсяные, мясные),

- ежедневная утренняя гимнастика и достаточный двигательный режим в течение дня (ходьба, легкие виды спорта, плавание, лыжи, для пожилых - посещение групп оздоровления) способствуют пассажу желчи по билиарному тракту.

лечению воспалительных заболеваний органов брюшной полости, глистной и протозойной инвазии.

профилактика синдрома психо-эмоционального перенапряжения, приводящего к ослаблению регулирующего влияния ЦНС на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, сфинктерный аппарат и изменению коллоидных свойств желчи вследствие нарушения энтерогепатической циркуляции желчных кислот.



Благодарю за
внимание