

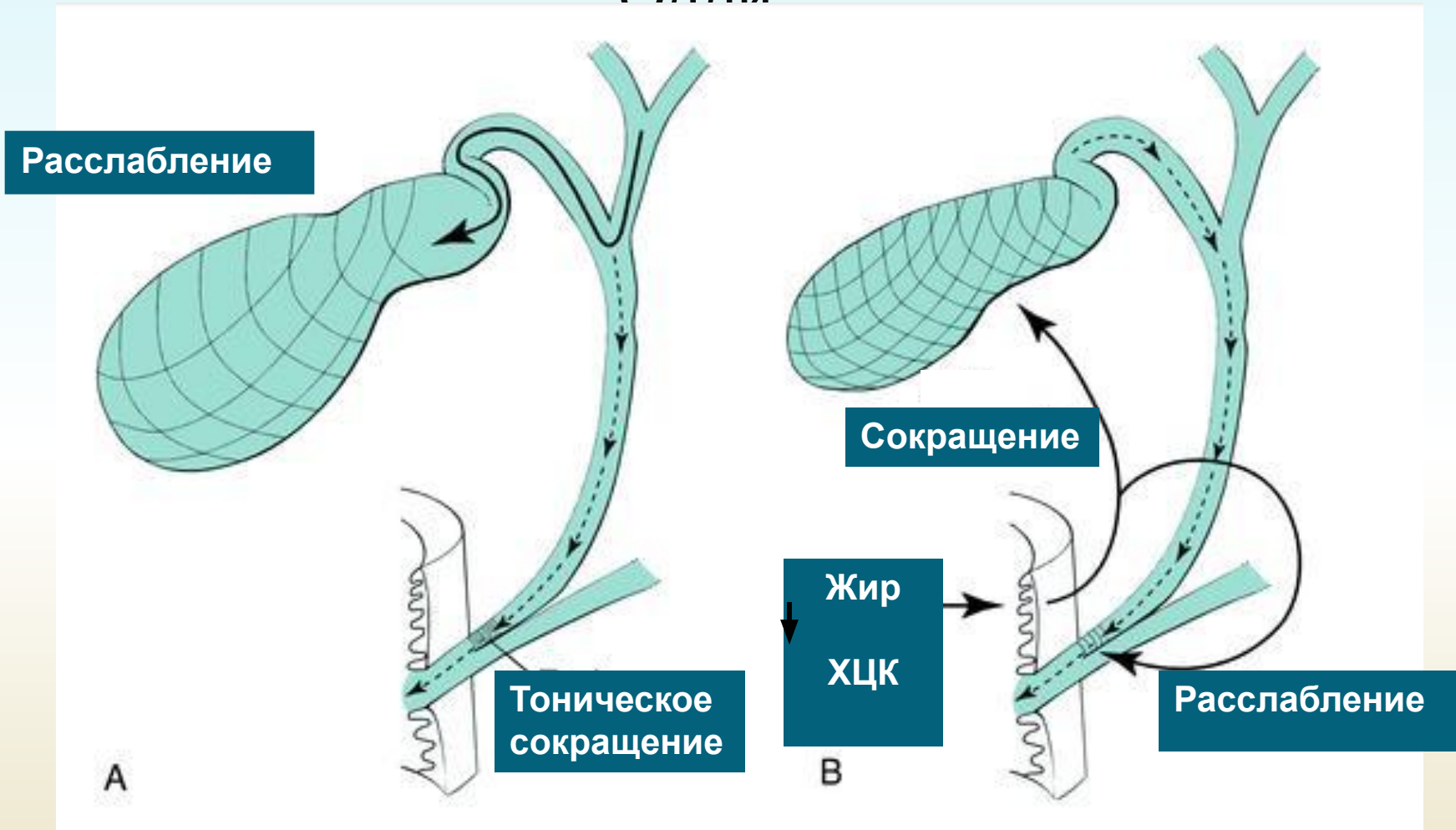


Хронический холецистит. Желчнокаменная болезнь.

к.м.н. доцент Л.А. Конькова

Регуляция работы желчного пузыря и сфинктера

Одди



в покое

при приеме пищи

Желчнокаменная болезнь

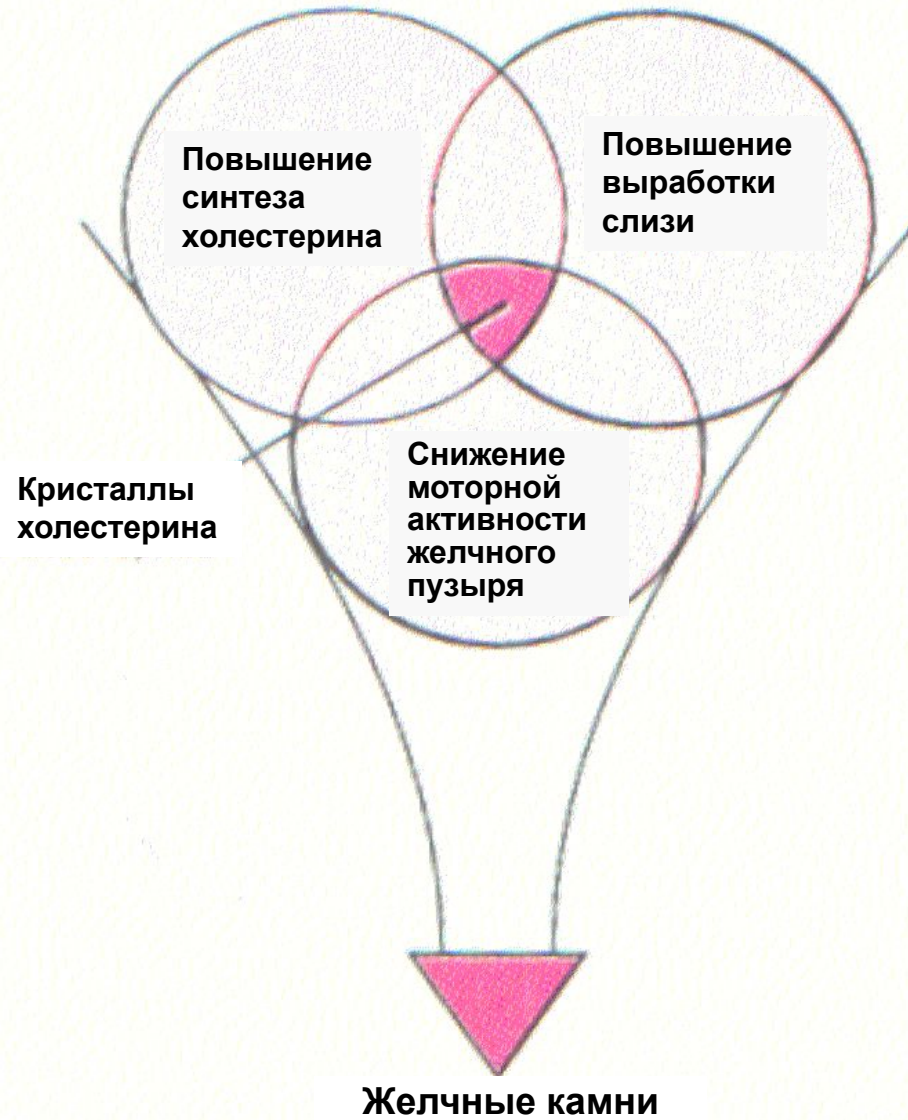
- заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина, желчных кислот и/или билирубина с образованием камней в желчном п. (холецистолитиаз) и/или желчных протоках (холедохолитиаз).



Основные факторы риска развития ЖКБ

Наследственность	Холелитиаз у матери
Пол	Женский
Лекарства	Контрацептивные стероиды
Возраст	Пожилой и старческий
Состояние питания	Ожирение, быстрое похудание, полное парентеральное питание, голодание
Заболевания и состояния	Беременность, б.Крона, сахарный диабет, цирроз печени, инфекция билиарной системы, резекция желудка, с-м укороченной тонкой к.

Патогенез ЖКБ



Классификация ЖКБ (2002)

I стадия — начальная, или предкаменная:

- густая неоднородная желчь;
- формирование билиарного сладжа: с наличием микролитов; с наличием замазкообразной желчи; с сочетанием замазкообразной желчи с микролитами.

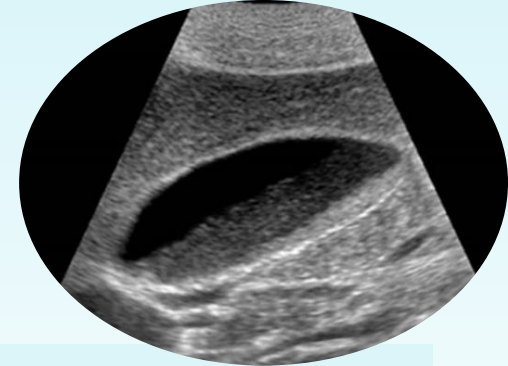
II стадия — формирование желчных камней:

- по локализации: в ЖП; в общем желчном протоке; печеночных протоках;
- по количеству конкрементов: одиночные; множественные;
- по составу: **холестериновые (90%)**; пигментные; смешанные;
- по клиническому течению: латентное течение; с наличием клинических симптомов — болевая форма с типичными желчными коликами; диспепсическая форма; под маской других заболеваний.

III стадия — стадия хронического рецидивирующего калькулезного холецистита.

IV стадия — стадия осложнений.

Основные варианты БС:



- I. Эхонеоднородная желчь со сгустками:** эхонеоднородная желчь с наличием единичных или множественных участков повышенной эхогенности, имеющих четкие или размытые контуры, смещаемых, без акустической тени и, как правило, расположенных по задней стенке желчного пузыря. (10-12 %)
- II. Взвесь гиперэхогенных частиц:** точечные, единичные или множественные, смещаемые гиперэхогенные образования, не дающие акустической тени, выявляемые при изменении положения тела пациента. (70%)
- III. Замазкообразная желчь:** эхонеоднородная желчь с наличием участков, приближающихся по эхогенности к паренхиме печени, смещаемых или фиксированных к стенке желчного пузыря, с четким контуром, не дающих акустическую тень, или в редких случаях с эффектом ослабления за сгустком.

Клиническая картина

Неспецифические симптомы:

- тяжесть и боли в правом подреберье,
- тошнота,
- вздутие живота,
- горечь во рту,
- непереносимость жирной пищи.

Желчная колика (билиарная, печеночная) – острый приступ боли, локализующийся в эпигастрии, иррадиирующий в правое плечо.

Наиболее частая причина - преходящая обтурация конкрементом пузырного протока.

Диагностика


- УЗИ-диагностика камней ж/п эффективна в 95 % случаев
- УЗИ-диагностика холедохолитиаза – 30 %
- ЭРХПГ и эндоскопическое УЗИ в диагностике холедохолитиаза - 90 %

- Рентгенография – визуализируются до 15 % камней
- МРТ эффективна в 95-97 % случаев при диагностике особенностей строения желчных протоков и пузыря, выявления камней и онкозаболеваний

УЗИ-критерии конкрементов в желчном пузыре

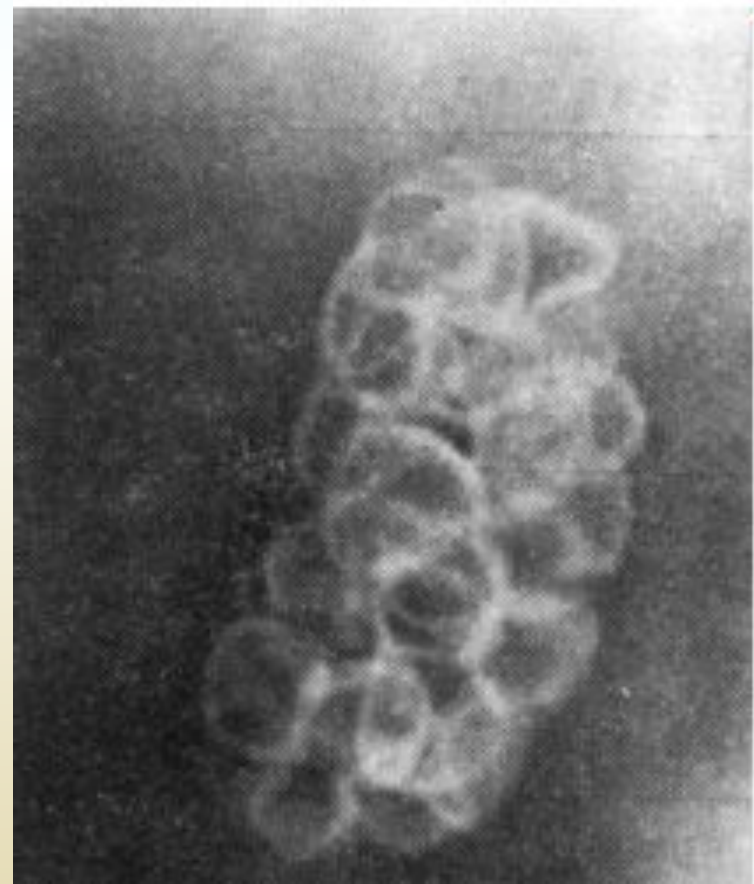

- наличие плотных эхоструктур,
- формирование ультразвуковой тени позади конкремента,
- изменчивость положения камня.





Рентгенпозитивные холестеринопигментные камни с центральной кальцификацией. Размер до 1,5 см

Прицельная рентгенограмма ЖП, заполненного множественными камнями, содержащими соли извести



ЭРХПГ

Показания:

- для диагностики холедохолитиаза и оценки состояния протоков ПЖ
- папиллосфинктеротомия и извлечение конкрементов в зоне БДС
- подозрение на рак поджелудочной железы в случае малой информативности КТ, УЗИ брюшной полости и др.



1 – Эндоскоп

2 – Холедох

3 – Проток панкреас

4 – Камни холедоха

Профилактика рецидивов развития желчных колик при камненосительстве

- Нормализация массы тела
- Диета (исключить голодание)
- Питательный режим

Показания к пероральной литолитической терапии УДХК

- билиарный сладж
- неосложненная ЖКБ
- растворение холестериновых желчных камней при невозможности их удаления хирургическим или эндоскопическим путем
- профилактика рецидивов камнеобразования после холецистэктомии

Пероральная литолитическая терапия УДХК

Эффекты **УДХК (УРСОСАН, УРСОФАЛЬК и др.):**

- подавление синтеза ХС в печени;
- повышение растворимости ХС в желчи;
- угнетение абсорбции ХС в кишечнике,



уменьшение насыщенности желчи холестерином

Пероральная литолитическая терапия на этапе билиарного сладжа

УРСОСАН

- 10 мг/кг/сут однократно на ночь
(период максимального функционального покоя
желчного пузыря)*.
- Длительность терапии от 1 мес

* Ильченко А.А., 2011 г

Пероральная литолитическая терапия **ЖКБ**

УРСОСАН

- **10–15 мг/кг/сут – однократно на ночь**
- Длительность приема – от нескольких месяцев до нескольких лет (в среднем 6–12 месяцев) - до полного растворения камней
 - + еще 3 месяца для профилактики рецидивов камнеобразования

Терапия УДХК не является противопоказанием при лечении ЖКБ у беременных

- *УЗИ-контроль + ЩФ, АЛТ, АСТ, ГГТП 1 раз в 6 мес*

Преимущества пероральной литолитической терапии:

- Неинвазивный метод
- Удобство для пациентов (вся суточная доза **УРСОСАНА** принимается однократно на ночь)
- Побочные эффекты редки даже при длительной терапии
- Метод выбора при наличии противопоказаний к холецистэктомии

ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ



Фармакологическое действие УДХК

ГЕПАТОПРОТЕКТИВНЫЙ, ЦИТОПРОТЕКТОРНЫЙ

- Стабилизация мембраны клеток путем встраивания УДХК в фосфолипидный бислой мембраны гепатоцита и холангиоцита
- Защита гепато- и холангиоцита от повреждающего действия гепатотоксичных факторов (вирусы, лекарственные препараты, алкоголь и другие токсичные вещества)

ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЧЕСКИЙ

- Снижение синтеза холестерина в гепатоцитах
- Снижение всасывания холестерина в кишечнике
- Снижение экскреции холестерина в желчный пузырь

РЕГУЛЯЦИЯ АПОПТОЗА

- Снижение уровня ионизированного кальция в цитоплазме гепатоцитов
- Нормализует антиапоптотические процессы в клетке, регулируя уровень про- и антиапоптотических протеинов (таких как Bcl-2 и др.)

АНТИФИБРОТИЧЕСКИЙ

- Купирование цитолиза гепатоцитов
- Подавляет активность звездчатых клеток и коллагенообразования
- Снижение эндогенной токсемии за счет уменьшения избыточного бактериального роста в кишечнике

АНТИОКСИДАНТНЫЙ

- Блокирует высвобождение свободных радикалов
- Подавляет процессы перекисного окисления липидов

АНТИКАНЦЕРОГЕННЫЙ

- Уменьшает агрессивное воздействие токсичных желчных кислот на все отделы ЖКТ
- Нормализует мембранный потенциал митохондрий
- Регулирует уровень апоптоза клеток печени и желчевыводящих путей

УРСОСАН

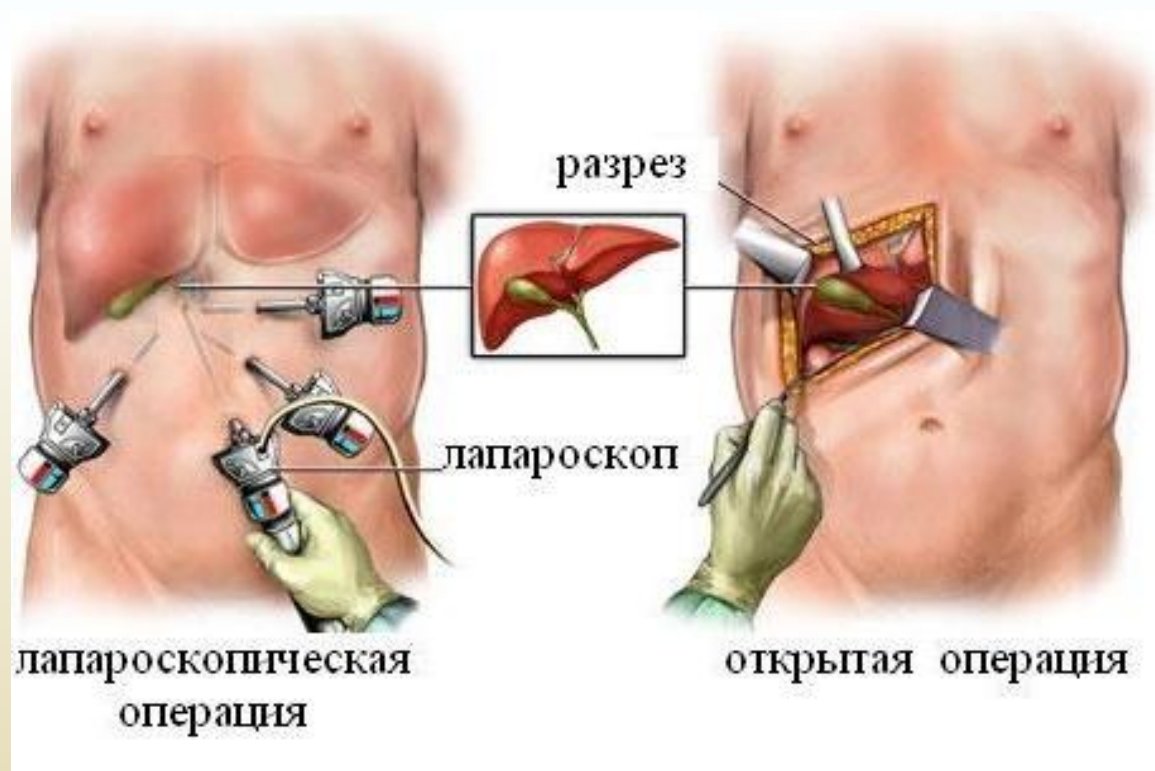
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- Неосложненная желчнокаменная болезнь (ЖКБ): билиарный сладж; растворение холестериновых желчных камней при функционирующем желчном пузыре; профилактика рецидивов камнеобразования после холецистэктомии
 - Хронические гепатиты различного генеза (токсические, лекарственные и др.)
 - Холестатические заболевания печени различного генеза, в том числе первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит, кистозный фиброз (муковисцидоз)
 - Неалкогольная жировая болезнь печени, в том числе неалкогольный стеатогепатит
 - Алкогольная болезнь печени
 - Вирусные гепатиты хронические
 - Дискинезии желчевыводящих путей
 - Билиарный рефлюкс-гастрит и рефлюкс-эзофагит
-
- Профилактика колоректального рака у больных после холецистэктомии
 - Профилактика ЖКБ у «худеющих» пациентов

Хирургическое лечение

(впервые – С. Langenbuch, 1882)

- С 1988 года лапароскопические операции на желчном пузыре стали «золотым стандартом» в хирургии, открытые вмешательства выполняются при осложнении ЖКБ — перфорации пузыря и перитоните.



МЕЖДУНАРОДНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОТБОРУ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕЛИТИАЗОМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Показания к хирургическому лечению определяются по сумме баллов: до 3 – показаний нет; от 3 до 5 – показания сомнительные (+/-); 5 и выше – имеются показания (++, +++).

Клиническая ситуация	При обследовании обнаружено	Показания к операции
Нет симптомов	1. Только холецистолитиаз	Нет (2 балла)
	2. Холецистолитиаз + ЖП	+/- (3 балла)
Есть симптомы	1. Только холецистолитиаз	+/- (3 балла)
	2. Холецистолитиаз + ЖП	++ (4 балла)
	3. Холецистолитиаз + ЖП + дилатация холедоха	+++ (5 баллов)
Печеночная колика: - впервые возникшая	1. Холецистолитиаз	+/- (4 балла)
	2. Холецистолитиаз + ЖП	++ (5 баллов)
- рецидивирующая	3. То же + дилатация холедоха	+++ (6 баллов)
	1. Холецистолитиаз	+/- (4 балла)
Острый холецистит	2. Холецистолитиаз + ЖП	++ (5 баллов)
	3. То же + дилатация холедоха	+++ (6 баллов)
Острый панкреатит	1. Холецистолитиаз	+/- (4 балла)
	2. Холецистолитиаз + ЖП	++ (5 баллов)
Рецидивирующий панкреатит	3. То же + общего желчного протока	+++ (6 баллов)
	1. Холецистолитиаз	++ (5 баллов)
Обтурационная желтуха	2. Холецистолитиаз + любые другие	+++ (6 баллов)
	1. Холецистолитиаз	++ (6 баллов)
Обтурационная желтуха	2. Холецистолитиаз + любые другие	+++ (7 баллов)
	1. Холецистолитиаз	++ (7 баллов)
Обтурационная желтуха	2. Холецистолитиаз + любые другие	+++ (8 баллов)
	Любые камни	+++ (8 баллов)

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ



к.м.н. доцент Л.А. Конькова

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

это совокупность функциональных и/или органических изменений, связанных с патологией желчного пузыря или протоковой системы, возникших после холецистэктомии или усугубленных ею или развившихся самостоятельно в результате технических погрешностей ее выполнения.

Причины ПХЭС:

- Диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе во время обследования больного и/или во время операции;
- Технические погрешности и тактические ошибки, допущенные при проведении операции (в том числе оставление длинной культи пузырного протока, более 5–6 мм)
- Функциональные нарушения, связанные с удалением желчного пузыря;
- Обострение или прогрессирование существовавших до операции заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны.

Постхолецистэктомический синдром

В результате потери ж/п и выпадения его функций -
резервуарной, концентрационной, моторно-
эвакуаторной



Дисфункция сфинктера Одди
(повышение тонуса сфинктера холедоха или
панкреатического протока либо общего сфинктера)

ПХЭС – ПРИЧИНЫ (1)

Диагностические ошибки и их роль в формировании постхолецистэктомического синдрома:

1) Диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе зачастую приводят к повторным операциям, частота которых может достигать 25% и более. Например, недооценка следующих состояний, сопутствующих ЖКБ:

- Заболевания печени
- Другая патология желчных путей
- Заболевания поджелудочной железы
- Заболевания желудка и 12-перстной кишки
- Синдром избыточного бактериального роста

2) Диагностические и тактические ошибки, допущенные во время холецистэктомии, погрешности ее выполнения



ПХЭС – ПРИЧИНЫ (2)

Удаление желчного пузыря при холецистэктомии не означает прекращения патогенетических механизмов формирования ЖКБ.

3) Функциональная и структурная перестройка органов пищеварения после холецистэктомии:

- Холецистэктомия и дисфункция сфинктера Одди
- Холецистэктомия и изменения в органах гепатопанкреатодуоденальной области и кишечнике

«Полноценное и целенаправленное обследование пациента на дооперационном этапе, правильная интерпретация лабораторных и инструментальных данных позволяют не только четко определить характер и объем оперативного вмешательства, но и провести необходимые лечебные мероприятия, направленные на профилактику различных послеоперационных осложнений и ПХЭС синдрома в частности.»*

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЕГО ПРИЧИНЫ

ОСТАВЛЕННЫЕ
В ПРОТОКАХ
КАМНИ

ВНОВЬ
СФОРМИРОВАННЫЕ
КОНКРЕМЕНТЫ

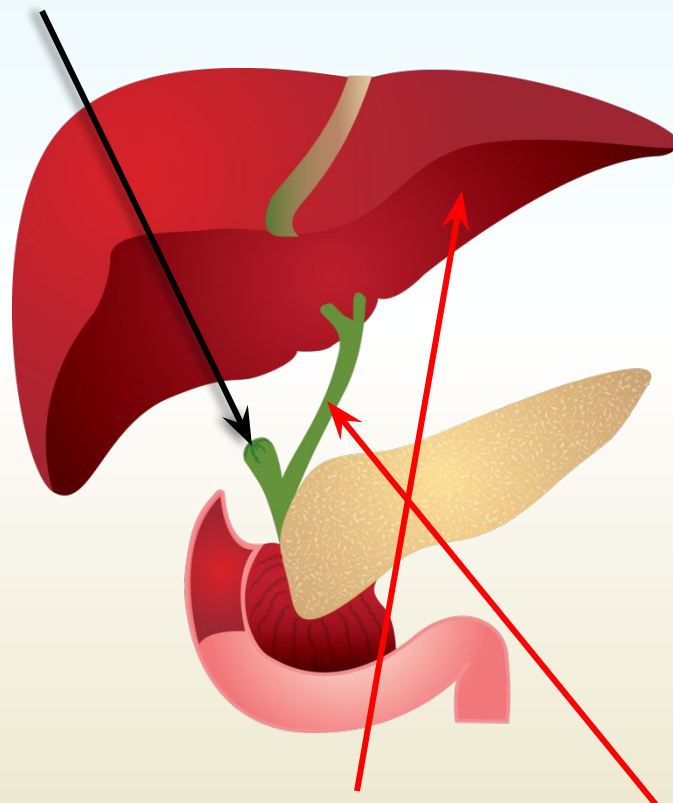
Боли тупые или приступообразные
Возможна желтуха
Потемнение мочи

Клиника
развивается
вскоре после
операции

Клиника
развивается
спустя некоторое
время

По многочисленным литературным источникам в различные сроки после холецистэктомии у 5–40% больных сохраняются или возобновляются боли и диспепсические расстройства

Культя после холецистэктомии



Внутрипеченочные протоки и оставшиеся внепеченочные протоки – место формирования и роста камней после холецистэктомии

ЛЕЧЕНИЕ ПХЭС

«На сегодняшний день единственным фармакологическим средством, обладающим доказанным воздействием на реологию желчи, является **урсодезоксихолевая кислота**» *

После холецистэктомии для профилактики повторного холелитиаза:

УРСОСАН по 250 мг 2 р/сут в течение нескольких месяцев



* «Алгоритм ведения пациентов с ЖКБ» С.Н. Мехтиев, «Лечащий врач», февраль 2011, № 2

ЛЕЧЕНИЕ ПХЭС

Цель лечения: восстановить нормальное поступление желчи в 12-типерстную кишку

Задачи лечения:

- восстановить проходимость сфинктера Одди: миолитики, холинолитики
- восполнить дефицит желчных кислот: **препараты УДХК** (**Урсосан** 5-7 мг /кг массы тела)
- устранение последствий желчного дуодено-гастрального рефлюкса (**Урсосан**, антациды для связывания избытка ЖК)
- нормализовать процессы пищеварения (ферменты)
- восстановить микроэкологию кишечника (антимикробные пр-ты, пробиотики)

Выбор препарата для деконтаминации кишечника у больных с патологией билиарной системы и поджелудочной железы

● При наличии папиллита:

Фуразолидон 100 мг 4 р/д

Ципрофлоксацин 250 мг 2р/д

Тетрациклин 300-500 мг 4р/д

Левомецетин 250 мг 4р/д

Метронидазол 250 мг 4р/д

Амоксициллин 250 мг 4р/д

● Без папиллита:

Эрсефурил 200 мг 4р/д

Альфа Нормикс 200 мг 2х3 р/д

Интетрикс 1 капс 4р/д

Метронидазол 250мг 4р/д

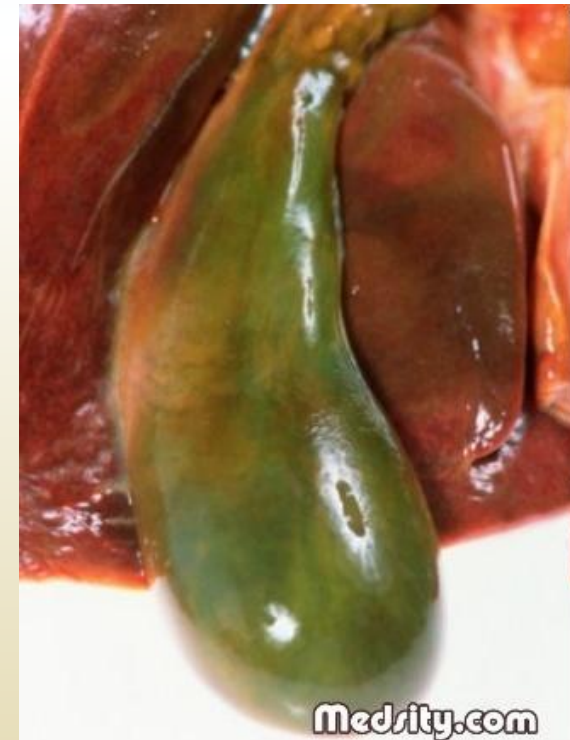
Провести 2 курса терапии продолжительностью 5-7 дней каждый, назначая последовательно любые из указанных препаратов + пробиотики (бифиформ, риофлора и др.) во время а/б терапии, далее пребиотики (дюфалак или мукофальк или хилак форте) 1 мес

Хронический холецистит

- воспалительное заболевание, вызывающее поражение стенки желчного пузыря, образование в нем камней и моторно-эвакуаторные нарушения билиарной системы

- Бескаменный и калькулезный
(Комаров Ф.И., 1983)

К 81.1. Хронический холецистит



Хронический холецистит

- Развивается постепенно,
редко – после острого холецистита
- Часто протекает на фоне других хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта: гастрита, панкреатита, гепатита

Этиология хронического холецистита

- Развитие хронического холецистита обусловлено:
 - бактериальной флорой (кишечная палочка, стрептококки, стафилококки, в редких случаях - анаэробы, и др.),
 - глистной инвазией (описторхии, лямблии),
 - грибковым поражением (актиномикоз).
- Гематогенный, лимфогенный или энтерогенный путь

Предрасполагающие факторы возникновения холецистита

Застой желчи в желчном пузыре:

- сдавления и перегибы желчевыводящих протоков,
- дисфункции ЖП и желчевыводящих путей (под влиянием эмоциональных стрессов, эндокринных и вегетативных расстройств)

Таблица 1. Факторы риска развития хронического холецистита

Факторы	Возможные патогенетические механизмы
Женский пол Эстрогены	Повышение секреции и выделение холестерина в желчь, снижение синтеза желчных кислот
Беременность	Нарушение опорожнения желчного пузыря
Пожилой возраст	Повышение секреции холестерина
Ожирение	Ускорение синтеза холестерина в результате повышения активности HMG-CoA-редуктазы печени
Снижение массы тела	Повышение выделения холестерина в желчь; уменьшение сократительной способности желчного пузыря
Парентеральное питание	Стаз желчи
Заболевания тонкой кишки	Снижение пула желчных кислот, уменьшение синтеза солей желчных кислот
Диабет	Повышение уровня триглицеридов, снижение сократительной активности желчного пузыря
Пероральные контрацептивы	Повышение секреции холестерина
Прием препаратов: октреотид, клофибрат	Снижение моторики желчного пузыря, снижение концентрации желчных кислот
Цеф триаксон	Осаждение нерастворимой соли «кальций-цефтриаксон»

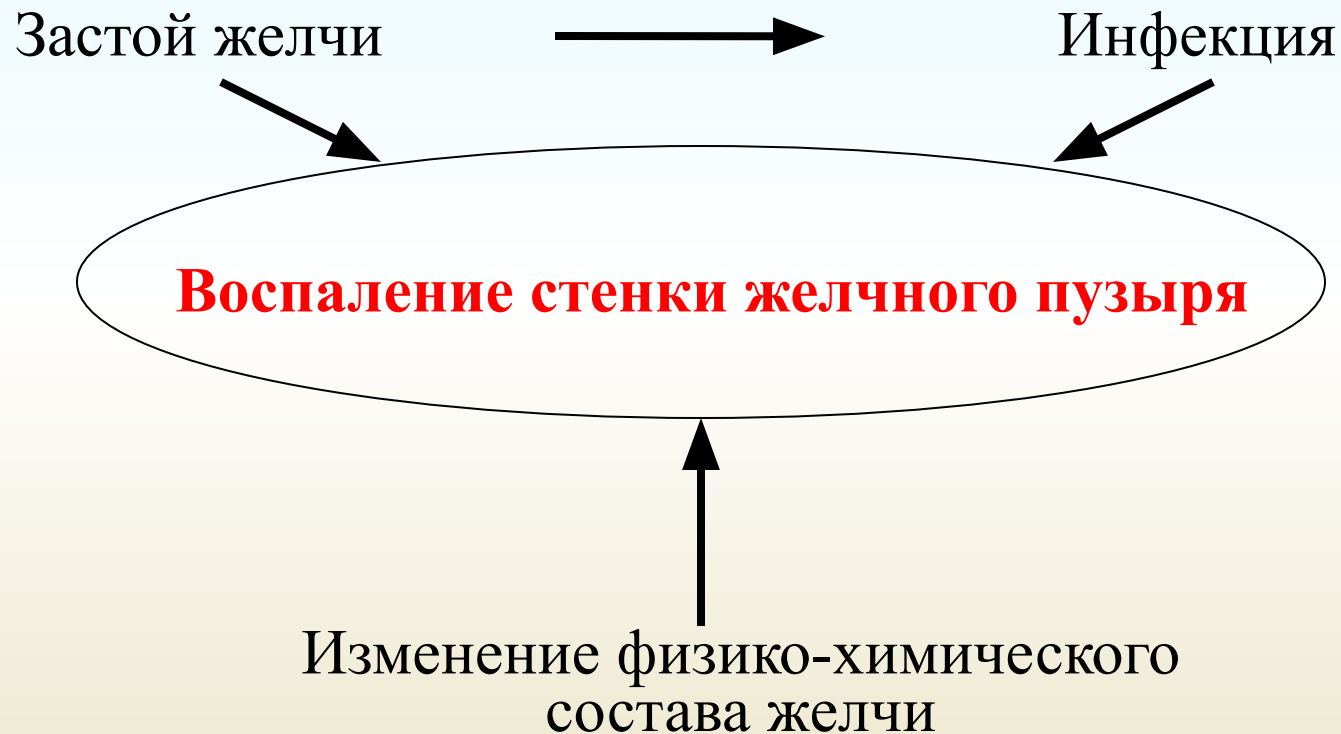
Гипотиреоз

Прием алкогольных напитков

Очаги инфекции (ангина, пневмония, аднексит)

Запоры

Хронический бескаменный холецистит



Диагностика

УЗИ-диагностика:

- утолщение стенок (>3 мм)
- деформации желчного пузыря: перегибы и перетяжки (явления перихолецистита)
- «негомогенная» полость желчного пузыря

КТ, МРТ гепатопанкреатобилиарной зоны

ОАК при обострении: лейкоцитоз, СОЭ до 15–20 мм/ч, ↑СРБ

Лечение хронического бескаменного холецистита

Диета

- Питание: диета №5а, 4–6 раз/сут, дробное.
- Исключить жирную, жареную, острую пищу, газированные напитки, алкоголь, яичные желтки, орехи, сдобу, блюда в холодном виде, сырые овощи и фрукты.

Лечение хронического бескаменного холецистита

- **Фаза обострения (боли, лихорадка, лейкоцитоз)**

1. Антибиотики
2. Спазмолитики
3. Дезинтоксикационные мероприятия

- **Фаза затухающего обострения**

1. Желчегонные препараты
2. Препараты, нормализующие функцию желчного пузыря и сфинктера Одди

Антибактериальные препараты

Per os:

- фторхинолоны — офлоксацин (таривид) 0,2 г 2 р/сут, ципрофлоксацин (ципробай, ципролет) 0,5 г 2 р/сут, левофлоксацин (таваник) 0,5 2 р/сут и др.
 - макролиды — сумамед 0,5 г 1 р/сут, кларитромицин 0,5 г 2 р/сут, джозамицин (вильпрафен) 0,5 г 2 р/сут
 - полусинтетические тетрациклины — доксициклин (вибрамицин) 0,1 г 2р/сут
 - полусинтетические пенициллины: ампициллин 0,5 г 4 р/сут и др.
 - фуразолидон 0,1 г 4 р/сут
 - метронидазол 0,5 3 р/сут
- курс лечения — 7–10 дней, возможно повторение курса с другими антибиотиками через 3–4 дня.
- При выраженном обострении – цефалоспорины в/м

Спазмолитики:

Неселективные миотропные спазмолитики:

- Ношпа 40-80 мг 1-3 р/день
- Папаверин 40-60 мг 3-5 р/день

Селективные миотропные спазмолитики:

- Дюспаталин 200 мг 2 р/д за 20 мин до еды
- Дицетел 50-100 мг 3 р/д во время еды

Блокаторы М-холинорецепторов:

- Атропин, Платифиллин, Бускопан, Гастроцепин

Анальгетики:

- Баралгин, Анальгин, Трамал и др.

Прокинетики

для нормализации давления в 12перстной кишке и улучшения градиента давления в билиарном тракте

- ✓ **Церукал** (метоклопрамид) по 1 таб (10 мг) 3 р/сут до еды
- ✓ **Мотилиум** (домперидон) по 1 таб (10 мг) 3 р/сут до еды
- ✓ **Ганатон, Итомед** (итоприда гидрохлорид) блокатор дофаминовых рецепторов + ингибитор АцХ 1 таб (50 мг) 3 р/сут до еды
- ✓ **Тримедат, Необутин** (тримебутин) агонист периферических опиоидных рецепторов 100-200 мг x 3 р до еды

Холеретики

стимулируют образование желчных кислот
и увеличивают секрецию желчи

- содержащие желчные кислоты (Аллохол, Холензим , УДХК)
- растительного происхождения - барбарис, кукурузные рыльца, мята перечная, пижма, Холосас (шиповник), Фламин (бессмертник), Хофитол (артишок), Гепабене (дымянка), Танацехол (пижма)
- синтетические препараты (Одестон)
- гидрохолеретики (минеральные воды) – *стимулируют секрецию желчи за счет водного компонента*

Холекинетики

стимулируют желчеотделение, сокращение желчного пузыря и расслабление сфинктера Одди

- сернокислая магнезия, ксилит, сорбит, карловарская соль, травы: тмин, цикорий, календула, шиповник, брусника, Одестон, Гепабене, Тыквеол

Противопоказания к назначению желчегонных

- **Абсолютными противопоказаниями** являются все варианты холестаза: **внутрипеченочный** и **внепеченочный** с желтухой и без нее.
- Противопоказаны при **гепатитах** и **циррозах** печени, **ЯБ** и **эрозиях** слизистой оболочки ЖКТ.

Исключение: **УДХК**

Лечение хронического бескаменного холецистита

- **Урсосан** – для улучшения реологии желчи
- Ферментные препараты - для восстановления
полостного пищеварения – панзинорм форте,
эрмиталь, креон, мезим форте и др. 2–3 нед.

Лечение хронического бескаменного холецистита

- После купирования болей и стихания воспалительных явлений у больных ХБХ с гипокинезией ж/п:
тюбажи («слепое дуоденальное зондирование») с ксилитом, сорбитом, 30% сернокислой магнезией, минеральной водой 1 р/нед (6–8 процедур).
- В период ремиссии - лечебная физкультура, способствующая опорожнению желчного пузыря.

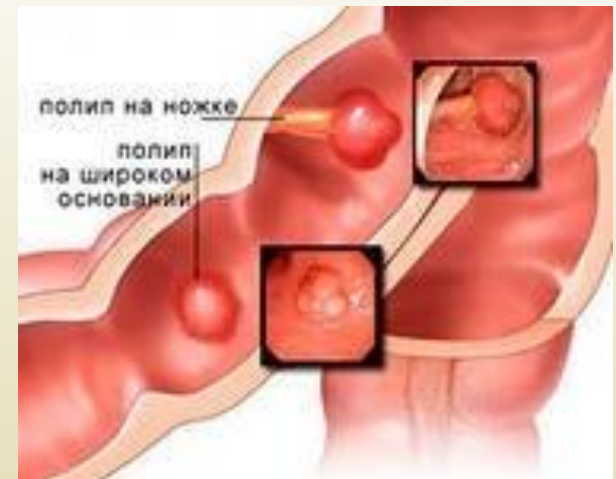


Полипы желчного пузыря

- УЗИ: в ж/п - округлое образование, связанное со стенкой пузыря и не дающее акустической тени.
- Эхографическое заключение «полип желчного пузыря» носит обобщенный характер и может соответствовать различным гистологическим типам:
 - холестериновым, аденоматозным, фиброзным, смешанным полипам,
 - аденокарциноме, аденомиоматозу и др.

Полипы желчного пузыря

- Полипы менее 5 мм в диаметре, как правило, являются доброкачественными.
- более 15 мм почти в 100% случаев имеют неопластическую природу.
- от 5 до 10 мм нуждаются в динамическом наблюдении и входят в группу риска.
- Растущие полипы следует удалять!



Холестероз желчного пузыря

- Отложение липидов (ЛПНП) стенке ж/п в результате увеличения холестерина желчи и нарушения выделительной способности желчного пузыря.
- Прогноз при холестерозе ж/п в большинстве случаев благоприятный
- Выжидательная тактика ведения (размер «полипов» не > 1 см)

