

ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ. ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Д.м.н., профессор Л.Г. Чибыева

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- Чаще развивается на фоне желчно-каменной болезни, после острого холецистита
- У больных другими заболеваниями органов пищеварения
- При ожирении

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

- Стенка пузыря утолщена
- Слизистая оболочка склерозирована
- Иногда слизистая оболочка изъязвлена

БОЛЬ ПРИ ХРОН. ХОЛЕЦИСТИТЕ

- Ноющие боли в правом подреберье через 1-2 часа после приема обильной жирной пищи
- Боли могут чередоваться с ощущением давления или
- Боли могут локализоваться в эпигастральной области

ПРИ ХРОН. ХОЛЕЦИСТИТЕ ХАРАКТЕРНЫ

- Диспептические явления
- Иногда отсутствие болей
- Симптомы неврастения
- При пальпации болезненность в проекции желчного пузыря

ДИАГНОСТИКА

В анализах крови:

- Лейкоцитоз
- Повышение СОЭ

УЗИ:

- Изменение формы жел/пуз

КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАКТОВКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Лабораторные показатели	Уровень в крови	Клиническая интерпретация
1. Билирубин общий, конъюгированный	↑	Некрозы гепатоцитов холестаза
2. АлАТ, АсАТ	↑	Некрозы гепатоцитов
3. АлАТ, АсАТ	N	Отсутствие некрозов или низкая активность процесса
4. Щелочная фосфатаза(ЩФ), γ-глутамилтранспептидаза (ГГТП), холестерин	↑	Холестаз на уровне внутри- или внепеченочных желчных протоков
5. ЩФ, ГГТП. холестерин	↑ ↓	Холестаз в сочетании с паренхиматозными поражениями печени
6. ГГТП	↑	Токсические поражения печени
7. Альбумины, протромбиновый индекс	↓	Гепатоцеллюлярная недостаточность
8. Гаммаглобулины	↑	Иммунные (аутоиммунные) нарушения
9. Сывороточное железо, ферритин	↑	Некрозы гепатоцитов (гемохроматоз, вторичное накопление железа в печени)

Примечание: ↑ - повышены, ↓ - снижены, N - нормальные

ЭФФЕКТЫ СТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАНИЯ

1. Улучшение процессов пищеварения

- Прямой эффект - участие в гидролизе нейтрального жира за счет желчных кислот
- Опосредованный эффект - стимуляция функции поджелудочной железы за счет желчных кислот

2. Активизация моторной функции кишечника

- Прямой эффект желчных кислот
- Опосредованный эффект - повышение тока жидкости в просвет кишки и повышение внутрипросветного объема и давления

ЭФФЕКТЫ СТИМУЛЯЦИИ

ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

3. Предупреждение избыточного бактериального роста в кишечнике

- Прямой бактерицидный эффект желчных кислот
- Опосредованный эффект - усиление моторики кишечника

4. Нормализация циркуляции желчи в желчном пузыре

- Предупреждение литогенности желчи
- Обеспечение стерильности желчи
- Стимуляция сократительной функции желчного пузыря

Эффекты стимуляции желчеобразования (продолжение)

5. Экскреция из организма:

- Эндогенных и экзогенных ксенобиотиков (детоксикация организма)
- Холестерина

6. Предупреждение развития остеопороза, связанное с нормализацией всасывания жирорастворимых витаминов.

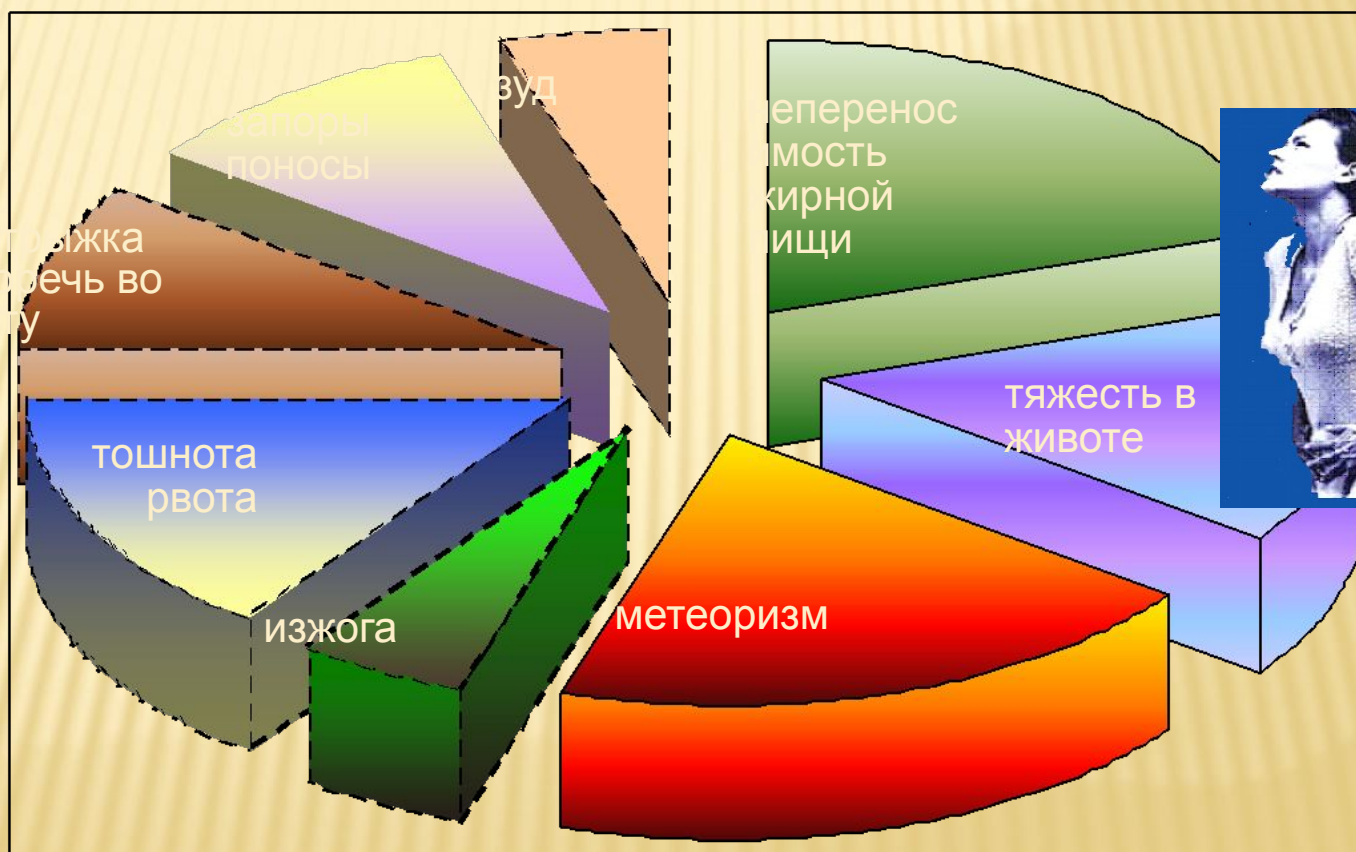
СЕМИОТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ

- Сильные боли продолжаются от 15 мин до 5 часов
- Локализация в правом подреберье, в эпигастральной области, иногда иррадиация в спину, в правое плечо
- Больной нуждается в постельном режиме и применении лекарственных средств
- Боли чаще всего возникают вечером или ночью
- Боли рецидивируют с различными интервалами
- Боли могут сопровождаться тошнотой и рефлекторной рвотой, не приносящей облегчение

Желчная колика, продолжающаяся более 5 часов, должна настораживать в отношении возможного развития осложнений

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ



ФИЗИКАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Ирритативные симптомы

(связаны с раздражением желчного пузыря)

- **симптом Мерфи** – усиление боли при пальпации области желчного пузыря во время выдоха при втянутом животе
- **симптом Кера** – боль в правом подреберье в зоне желчного пузыря при глубокой пальпации
- **симптом Гаусмана** - появление боли при коротком ударе ребром ладони ниже реберной дуги на высоте вдоха
- **симптом Лепене – Василенко** - возникновение боли при нанесении отрывистых ударов кончиками пальцев на вдохе ниже правой реберной дуги
- **симптом Ортнера – Грекова** - появление боли при поколачивании правой реберной дуги ребром ладони

Сегментарные рефлекторные симптомы

- **Болевая точка Маккензи** расположена вместе пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой реберной дугой
- **Болевая точка Боаса**- локализуется на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X-XI грудных позвонков
- **С-м Алиева**- давление на точки Маккензи или Боаса вызывают боль, идущую по направлению к желчному пузырю.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ (ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ) ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И СФИНКТЕРА ОДДИ (РИМ III)

- Наличие эпизодов болей в эпигастрии и/или в правом верхнем квадранте живота в сочетании со всеми нижеследующими признаками:**
 - 1) длительность болей 30 мин и более;**
 - 2) рецидивирование симптомов с различными интервалами (не обязательно ежедневно)**
 - 3) постоянный уровень болей во время приступа;**

**КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ (ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ)
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖП И СО
(ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

- 4) боли умеренные или сильные, достаточно интенсивные, способные нарушить повседневную активность или приводить в отделение неотложной помощи;**
- 5) боли не уменьшаются после стула, при перемене положения тела, после приема антацидов;**
- 6) отсутствуют другие структурные заболевания, которые могли бы объяснять симптомы.**

ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖП И СО

- Боли могут сочетаться с одним или более из нижеследующих симптомов:**
- 1) тошнота или рвота,**
- 2) иррадиация в спину и/или правую подлопаточную область,**
- 3) возникновение в ночные часы.**

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Учитываются следующие признаки:

- 1. Наличие вышеуказанных симптомов функциональных расстройств ЖП и СО**
- 2. Наличие ЖП**
- 3. Нормальные уровни печеночных ферментов, конъюгированного билирубина и амилазы/липазы крови**

ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ

*Диагностические критерии
функционального
расстройства сфинктера Одди
- билиарного типа:*

- 1. Наличие вышеуказанных симптомов функциональных расстройств ЖП и СО;**
- 2. Нормальный уровень амилазы/липазы**

Подтверждающие критерии: подъем уровня сывороточных трансаминаз, щелочной фосфатазы или конъюгированного билирубина, связанный по времени, по крайней мере, с двумя эпизодами болей.



ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ

*Диагностические критерии
функционального
расстройства сфинктера Одди .
- панкреатического типа:*

- 1. Наличие вышеуказанных симптомов функциональных расстройств ЖП и СО**
- 2. Повышенный уровень амилазы/липазы связанных, по крайней мере, с двумя эпизодами болей**



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Скрининговые

- ▣ Функциональные пробы печени, панкреатические ферменты в крови и моче
- ▣ Ультрасонография (УЗИ)
- ▣ ЭГДС с детальным осмотром зоны большого дуоденального сосочка и слизистой оболочки ДПК:

Уточняющие

- ▣ УЗИ с оценкой функции желчного пузыря и сфинктера Одди
- ▣ Эндоскопическая ультрасонография
- ▣ Гепатобилисцинтиграфия с ^{99m}Tc
- ▣ Медикоментозные тесты (с холецистокинином)?
- ▣ Микроскопия желчи (полученная билиарным катетором)?
- ▣ Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)-наиболее точный неинвазивный метод оценки состояния билиарной системы
- ▣ ЭРХПГ с манометрией сфинктера Одди

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИЛИАРНОГО ТРАКТА СОПРОВОЖДАЮТСЯ:

- Повышением тонуса сфинктеров билиарной системы и нарушением координированного поступления желчи в двенадцатиперстную кишку - показание к назначению спазмолитиков
- Билиарной недостаточностью (показание к назначению препаратов желчных кислот)
- Дуоденальной гипертензией, обусловленной развитием избыточного бактериального роста в кишечнике и моторных расстройств – показание к назначению антибиотиков, кишечных антисептиков, про- и/или пребиотиков
- Нарушением процессов переваривания и всасывания – показание к назначению ферментной терапии («по – требованию» или заместительной терапии) - ферменты без желчных кислот
- Нарушением моторной функции желудочно-кишечного тракта (спазмолитики, прокинетики)

СПАЗМОЛИТИКИ

Воздействующие на
этапе проведения
нервного импульса
(нейротропные)



Холинолитики:
-блокаторы М-холинорецепторов
(атропин, белладонна, апрофен,
гиосцин (бускопан)
платифиллин

Воздействующие на
гладкомышечные клетки
(миотропные)



Неселективные:
-ингибиторы фосфодиэстеразы
(дротаверин, папаверин, альверин,
бенциклан(галидор)



Селективные:
-блокаторы **Na⁺**каналов
(Дюспаталин)
-блокаторы **Ca⁺⁺**каналов:
отилония бромид,
пинаверия бромид – (Дицетел)

ВЫБОР ПРЕПАРАТА ДЛЯ ДЕКОНТАМИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- При наличии папиллита:
 - Бисептол и др. 480-960мг 2р/день
 - Фуразолидон 0,1г 3р/день
 - Ципрофлоксацин 250 мг 2р/день
 - Ампициллин, Амоксициллин 0,25г 4р/день
 - Тетрациклин 0,3-0,5г 4р/день
 - Эритромицин 0,2г 4р/день
 - Метронидазол 250мг 4р/день
- Без папиллита:
 - Эрсефурил 0,2 г 3-4р/день
 - Альфа Нормикс 200 мг 2таб. 2 р/день
 - Интетрикс 1 капс 4р/день
 - Метронидазол 250мг 4р/день

Провести 2 курса терапии продолжительностью 5-7 дней каждый, назначая последовательно любые из указанных препаратов + пребиотик (дюфалак или мукофальк или хилак форте) во время а/б терапии, далее пробиотики (бифиформ, линекс) в течение 2-х недель, далее пребиотики 1 месяц .

ТЕРАПИЯ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря

1. Прокинетики (метоклопрамид, мотилиум, раствор сернокислой магнезии)
2. Желчегонные препараты, содержащие желчные кислоты (урсодезоксихолевая кислота, аллохол, фестал и др.), желчегонные, содержащие растительные стеролы (по особым показаниям)

Примерные схемы лечения

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря в сочетании с гипокинетическими запорами

1. Sol.magnesii sulfurici 5-10% по 1 столовой ложке 3-4 раза в день за 15-20 минут до еды
2. Аллохол 2 др. 3 раза в день через 15-40 мин. после еды

Продолжительность лечения 2 недели

ГИПОМОТОРНАЯ ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Примерные схемы лечения (продолжение)

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря в сочетании с гастро- и дуоденостазом

1. Мотилиум 5-10 мг 3 раза в день или тримедат по 1 таб х 3 раза в день
2. Урсосан 250 мг (1 капс.) 2 раза в день за 30 мин. до еды

Продолжительность лечения 2 недели

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря в сочетании с нормальной или гипермоторной функцией кишечника

1. Метоклопрамид или мотилиум 5-10 мг 3 раза в день за 0,5 часа до еды или тримедат по 1 таб. X 3 раза в день.
2. Гепабене 1 капсула 3 раза в день за 30-60 мин. до еды

Продолжительность лечения 2 недели

ТЕРАПИЯ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Гипермоторная дискинезия желчного пузыря

1. Спазмолитики (М-холиноблокаторы, блокаторы Na-каналов-мебеверин, ингибиторы фосфодиэстеразы - папаверин, альверин, но-шпа)
2. Желчегонные препараты, не содержащие желчных кислот - преимущественно растительные препараты - Гепабене

Примерная схема лечения

- 1) Дюспаталин 200 мг 2 раза в день за 30 минут до еды + Гепабене 1 капс. 3 раза в день за 30 минут до еды
- 2) Возможна монотерапия Гепабене

Продолжительность лечения 2 недели

ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- Острый бескаменный холецистит <5% (чаще болеют мужчины и дети)
- Хронический бескаменный холецистит (чаще болеют женщины)

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОБУСЛОВЛЕННЫ:

- Дисфункцией желчного пузыря
- Синдромом воспаления

ДИАГНОЗ БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА СЧИТАЕТСЯ

ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ЕСЛИ:

- При УЗИ и /или холецистографии и/или холецистосцинтиграфии выявляется деформация, утолщение стенок и снижение сократительной функции желчного пузыря
- При хроматическом дуоденальном зондировании отмечается: уменьшение количества пузырной желчи; изменение ее биохимического состава; наличие в ней воспалительных компонентов (С реактивный белок, сиаловые кислоты); имеется бактериальная контаминация желчи

ЛЕЧЕНИЕ БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- Задачи лечения :
- - устранить инфекцию в желчном пузыре
- - нормализовать функцию сфинктеров билиарной системы
- - снизить литогенность желчи

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЧЕГОННЫХ ПРЕПАРАТОВ

1. Холеретики:

- увеличивающие концентрацию желчных кислот в желчи (препараты, содержащие компоненты бычьей желчи – фестал, аллохол, холензим, лиобил и др.)

Противопоказания к назначению:

Гепатиты, циррозы печени, язвенная болезнь, эрозии слизистой оболочки ЖКТ, панкреатит, поносы

- увеличивающие концентрацию органических анионов (растительные стеролы, входящие в состав желчегонных трав)

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЧЕГОННЫХ ПРЕПАРАТОВ

2. Холекинетики:

- стимулирующие сократительную функцию желчного пузыря, уменьшающие давление в билиарной системе (серноокислая магнезия, многоатомные спирты, холасас.)

3. Холеспазмолитики:

- Понижает тонус сфинктера Одди (Дюспаталин, одестон и др.)

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

□ Фаза обострения (боли, лихорадка, лейкоцитоз)

1. Антибиотики (ципрофлоксацин 500-1000 мг в сутки или гентамицин 3 мг/кг/сутки или доксициклин 100-200 мг/сутки, или клацид по 1г / сутки или септрим, бисептол 960 мг/сутки и др.)
2. Спазмолитики
3. Дезинтоксикационные мероприятия

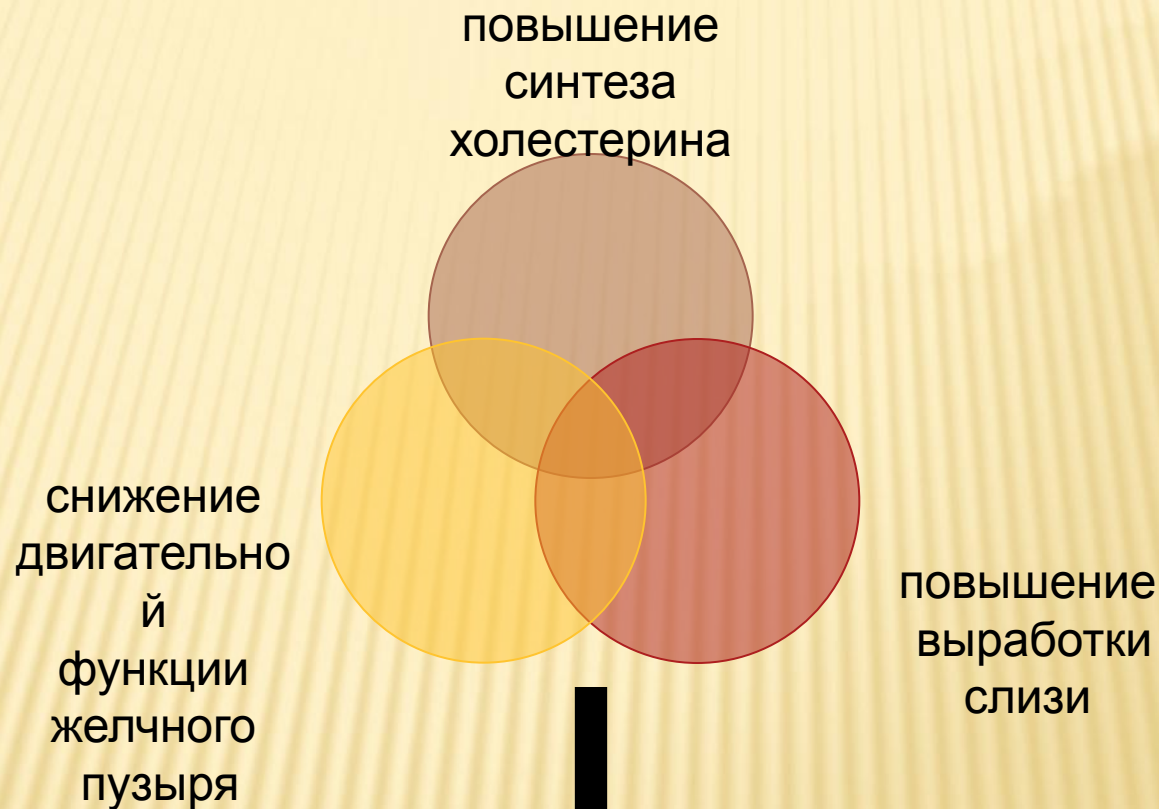
Продолжительность лечения 7-10 дней

□ Фаза затухающего обострения

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

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ПАТОГЕНЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ



желчные камни

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1 Стадия -начальная или предкаменная
 - Густая неоднородная желчь
 - Стадия формирования билиарного сладжа (с наличием микролитов,с наличием замазкообразной желчи,сочетание замазкообразной желчи с микролитами).
- 2 стадия -формирование желчных камней
 - по локализации
 - по количеству
 - по составу
 - по клиническому течению
- 3 стадия -хронический калькулезный холецистит
- 4 стадия -осложнения

БИЛИАРНЫЙ СЛАДЖ

□ Определение: неомогенная, густая, хлопьевидная желчь, микролиты до **2-х мм (любая неоднородность желчи в желчном пузыре)**

□ История вопроса:

- **1974 г. D.Smalley; 1982 г.** Мансуров Х.Х. – предкаменная стадия ЖКБ
- В последней классификации ЖКБ (**III** съезд НОГР, **2002**) биларный сладж отнесен к **I** стадии ЖКБ.

□ Распространенность:

- среди практически здорового населения - не превышает **5–10%**
- при патологии билиарного тракта - **24–74%**

□ Классификация:

- **По УЗИ-форме:** эховзвесь — начальные проявления БС; БС - сгустки; особые формы БС (микрохолелитиаз, холестериновые полипы ЖП, замазкообразная желчь при «отключенном» ЖП).
- **По состоянию ФЖП:** с сохраненной ФЖП; со сниженной ФЖП; отключенный ЖП.
- **По сочетанию с холелитиазом:** без конкрементов в ЖП; с конкрементами в ЖП.

ТЕРАПИЯ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА.

- ▣ Согласно современным рекомендациям при билиарном сладже следует применять:
 - ▣ УДХК (Урсофальк) для растворения частиц взвеси
 - ▣ Прокинетики (мотилиум, тримедат) и спазмолитики (дюспаталин, одестон) для нормализации моторики желчного пузыря
 - ▣ Пре- и пробиотики в случае нарушения микрофлоры кишечника- нормализация энтерогепатической циркуляции ЖК (мукофальк)
 - ▣ В ряде случаев может потребоваться эндоскопическое хирургическое лечение

- ▣ Схема применения препарата Урсофальк® при билиарном сладже:
-10–15 мг на кг массы тела в сутки, всю дозу однократно на ночь.
Длительность курса лечения — 3–6 месяцев.
Поддерживающая терапия:5–8 мг/кг курсами по 3 месяца 1–2 раза в год

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- Холецистэктомия (по показаниям)
- Альтернативные способы лечения:
 - урсотерапия -
 - литотрипсия с урсотерапией -
- Наблюдение при бессимптомном камненосителстве.

УСТАНОВЛЕННЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ БЕССИМПТОМНО ПРОТЕКАЮЩЕМ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗЕ

□ Показание:

- Обызвествление стенки желчного пузыря, «фарфоровый» желчный пузырь
- Большие размеры конкрементов
- Серповидноклеточная анемия

□ Обоснование показания:

- Риск развития рака желчного пузыря
- Риск развития некроза, обусловленного давлением
- Риск рака желчного пузыря
- Частый переход в клинически манифестную форму

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ РАСТВОРЕНИЕ КАМНЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО

:

- При наличии чисто холестериновых камней!
- При этом :
 - клинические проявления заболевания не требуют срочного хирургического вмешательства
 - имеется повышенный риск операции
 - при отказе от хирургического лечения.

ПОКАЗАНИЯ К ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ УЗИ

- 1. Гомогенная, низкоэхогенная структура конкремента
- 2. Округлая или овальная форма конкремента
- 3. Поверхность конкремента близкая к ровной или в виде тутовой ягоды
- 4. Неинтенсивная, плохо заметная акустическая тень позади конкремента
- 5. Медленное падение конкремента после изменения положения больного
- 6. Размеры конкремента <10 мм
- 7. Объем конкрементов не более 25% объема желчного пузыря

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ РАСТВОРЕНИЕ

- Используются препараты УДХК (Урсофальк)
- Дозы 15 мг на 1 кг массы тела.
- Суточная доза принимается вечером перед сном или делится на 2 приема $1\frac{1}{3}$ дозы днем и $2\frac{1}{3}$ дозы вечером перед сном.
- Контроль УЗИ через 2-3 месяца.
- Отсутствие динамики через 6 месяцев – оперативное лечение.
- После растворения камней :
 - прием УДХК в полной дозе 3 мес. -
 - прием УДХК в $\frac{1}{2}$ дозе 3 мес. -
- Контроль УЗИ 2 раза в год.

ХОЛЕСТЕРОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- ❑ **Холестероз** – заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина с преимущественным отложением его в стенку желчного пузыря. Основным резервуаром липидов являются пенистые клетки.



- ❑ Холестероз – субэпителиальное с отложением липидов (эфиров холестерина) в стенке ж.п. Относится к гиперпластическим состояниям (пограничное между обменно-дистрофическими и бластоматозными)
- ❑ **Формы холестероза:** очаговый, диффузный, полипозный, полипозно-сетчатый

Тактика ведения больных ХЖП

Выжидательная
тактика
(УЗИ контроль
через 6мес)

Симптоматическая
терапия

Оперативное лечение
(полипы > 1см,
отрицательная
динамика при УЗИ,
отсутствие положительной
динамики от
консервативного
лечения в течение 6-12 мес.

Показания к консервативному ведению:

- Полипозные и полипозно-сетчатые формы холестероза ЖП.
- Размер «полипов» не > 1см. Более крупные полипы чаще имеют аденоматозную структуру и поэтому чаще малигнизируются.
- Коэффициент опорожнения ЖП после желчегонного завтрака не должен быть менее 30%

ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕСТЕРОЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- Урсофальк в дозе 15 мг/кг массы тела



**Схема применения препарата Урсофальк при холестерозе ЖП:
15 мг на кг массы тела в сутки, всю дозу однократно на ночь.
Длительность курса лечения — 6–12 месяцев (и более).
Поддерживающая терапия: 5–8 мг/кг курсами по 3 месяца 1–2 раза в год**

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- ▣ Термином - постхолецистэктомический синдром – принято обозначать функциональное расстройство сфинктера Одди, обусловленное нарушением его сократительной функции, препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий.
- ▣ Выделяют функциональное расстройство сфинктера Одди (ФРСО) билиарного и панкреатического типа (Рим III., 2006 г.)
- ▣ ФРСО билиарного типа после холецистэктомии развивается чаще при удалении функционирующего пузыря.
- ▣ После холецистэктомии развивается гипертонус сфинктера Одди.
В первые месяцы после операции эта патология отмечается у 85,7% больных [Иванченкова Р.А. 1987, Ильченко А.А.2004].

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

- ▣ **Цель лечения :** восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку
- ▣ **Задачи лечения:**
 - восстановить проходимость сфинктера Одди: миолитики (*дюспаталин, одестон*)
 - нормализовать моторику кишки (*дюспаталин, тримедат*)
 - восполнить дефицит желчных кислот :препараты желчных кислот (урсофальк 5-7 мг на 1 кг массы тела)
 - нормализовать процессы пищеварения: ферменты без желчных кислот (*креон*)
 - устранение последствий желчного дуодено-гастрального рефлюкса (*Урсофальк, антациды, мукопротекторы*)
 - восстановить нормальный состав микрофлоры: антибиотики (*альфа нормикс, ципрофлоксацин*); пребиотики (*хилак форте, дюфалак, мукофальк*); пробиотики (*бифиформ, линекс*)
 - профилактика колоректального рака (*Урсофальк по 5-7 мг /кг массы тела в сутки. Курсами 1-3 мес.*)

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ СО

Диагноз: Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа (постхолецистэктомический синдром). Желчнокаменная болезнь (холецистэктомия в 1997 году). Стеатогепатит.

1. Диета с ограничением жирных, острых, кислых продуктов.
2. Дюспаталин 400 мг x 2 раза в сутки в течение 2 – 5 дней, затем 200 мг 2 раза в сутки 4 недели.
3. Эссенциале форте Н по 2 кап. X 3 раза в день
Курс 3 месяца.

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДСО

Диагноз: Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа (постхолецистэктомический синдром). Синдром избыточного бактериального роста в кишечнике. Дуоденальная гипертензия.

Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия в 1997 году.

Лечение

1. Диета с ограничением жирных, острых, кислых продуктов.
2. Дюспаталин 200 – 400 мг х 2 раза в сутки в течение 4 недель
3. Креон 10000 2 – 3 раза в день во время еды профилактики развития панкреатита, для нормализации процессов пищеварения, в течение 1 и более недель
4. Фуразолидон 0,1 г 3 раза + метронидазол 0,25 г 3 раза – оба во время еды (в завтрак, обед и ужин) 7 дней (или ципрофлоксацин с метронидазолом) или альфа нормикс (200 мг 2 раза в день) 7 дней + дюфалак, затем бифиформ + дюфалак, 2 недели и более

**▣ Благодарю за
внимание!**