

# Заболевания желчного пузыря

# Билиарный тракт



# Эффекты желчи в пищеварительной системе

## 1. Участие в процессах пищеварения

Участие в гидролизе нейтрального жира, стимуляция функции поджелудочной железы (за счет желчных кислот).

## 2. Активизация моторной функции кишечника

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

## 3. Предупреждение избыточного бактериального роста в кишечнике

- Прямой бактерицидный эффект желчных кислот.

## 4. Всасывание жирорастворимых витаминов

# Заболевания билиарного тракта

- **Дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди**
- **Воспалительные и паразитарные поражения билиарной системы**
- **Желчнокаменная болезнь (холециститиаз, холедохолитиаз)**
- **Доброкачественные и злокачественные образования билиарной системы .**
- **Холестероз желчного пузыря**

# Дисфункции желчевыводящих путей

- Определение: комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонических дисфункций желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей

# Классификация функциональных расстройств билиарного тракта

- Первичные дисфункции, обуславливающие нарушение оттока желчи и/или панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий
  1. Дисфункция сфинктера Одди
  2. Дисфункция желчного пузыря
- Вторичные дисфункции билиарного тракта, сочетающиеся с органическими изменениями желчного пузыря и сфинктера Одди

# Классификация ФБР (Римский конгресс 2006)

- Функциональное расстройство желчного пузыря
- Функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди
- Функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди

# Критерии диагностики ДСО

- 1.** Приступообразные боли билиарного или панкреатического типа, продолжительностью до 30 минут, повторяющиеся в течение 3 месяцев и более
- 2.** Транзиторное повышение уровня аминотрансфераз, щелочной фосфатазы и/или панкреатических ферментов в период болевых приступов
- 3.** Умеренное расширение холедоха при отсутствии структурных изменений билиарной системы
- 4.** Наличие в анамнезе холецистэктомии



# **ДСО при патологии билиарного тракта выявляется:**

- **После холецистэктомии (чаще при удалении функционирующего пузыря)**
- **При хроническом идиопатическом рецидивирующем панкреатите**
- **При наличии приступов билиарных болей у больных с отсутствием структурных изменений желчного пузыря и билиарных протоков**

# **Дисфункции билиарного тракта сопровождаются:**

- **Нарушением процессов переваривания и всасывания**
- **Развитием избыточного бактериального роста в кишечнике**
- **Нарушением моторной функции желудочно-кишечного тракта**



# Спазмолитики

Воздействующие на  
этапе проведения  
нервного импульса  
(нейротропные)

**Холинолитики:**  
**-блокаторы М-холинорецепторов**  
(атропин, белладонна,  
гиосцин(бускопан)  
**Платифиллин)**

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

Воздействующие на  
гладкомышечные клетки  
(миотропные)

**Селективные:**  
**-блокаторы Na<sup>+</sup> каналов(Дюспаталин)**  
**- блокаторы Ca<sup>2+</sup> каналов:**  
**-пинаверия бромид (Дицетел),**  
**отилония бромид (Спазмомен),**  
**- донаторы оксида азота**  
**( нитраты)**

# Желчнокаменная болезнь

Вопросы диагностики и  
лечения.

# ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

- **Вторая проблема в гастроэнтерологии после язвенной болезни**
- **Согласно данным 6-го Всемирного конгресса гастроэнтерологов 10% населения мира страдает ЖКБ**
- **За каждое десятилетие число больных ЖКБ увеличивается примерно в 2 раза**
- **У женщин ЖКБ встречается в 2-3 раза чаще, чем у мужчин**
- **У лиц обоего пола частота заболевания увеличивается с возрастом**
- **У лиц в возрасте 60-70 лет частота ЖКБ возрастает до 40%**

## ЖКБ – ЭТИОЛОГИЯ

### Факторы, способствующие образованию холестериновых камней

Факторы, способствующие  
перенасыщению желчи  
холестерином

Факторы, приводящие  
к нарушению  
энтерогепатической  
циркуляции желчных кислот

Факторы, приводящие к  
нарушению основных функций  
желчного пузыря (сокращение,  
всасывание, секреция)

Факторы, способствующие  
осаждению холестерина и  
формированию ядра  
кристаллизации

Возраст, пол, наследственность, избыточная  
масса, питание, лекарственные препараты,  
болезни печени

✓ Заболевания тонкой кишки,  
локализованные

в терминальном отделе

✓ Резекция подвздошной кишки

✓ Заболевания тонкой кишки,  
сопровождающиеся синдромом нарушенного  
всасывания тяжелой степени. Желчные  
свищи

Сгущение желчи, метеоризм, беременность,  
снижение чувствительности рецепторного  
аппарата

Белки желчи, билирубинат кальция



# ЖКБ – СТАДИИ РАЗВИТИЯ



I. Генетические, б/х, метаболические дефекты в желчи

II. ХИМИЧЕСКАЯ:  
Перенасыщение желчи

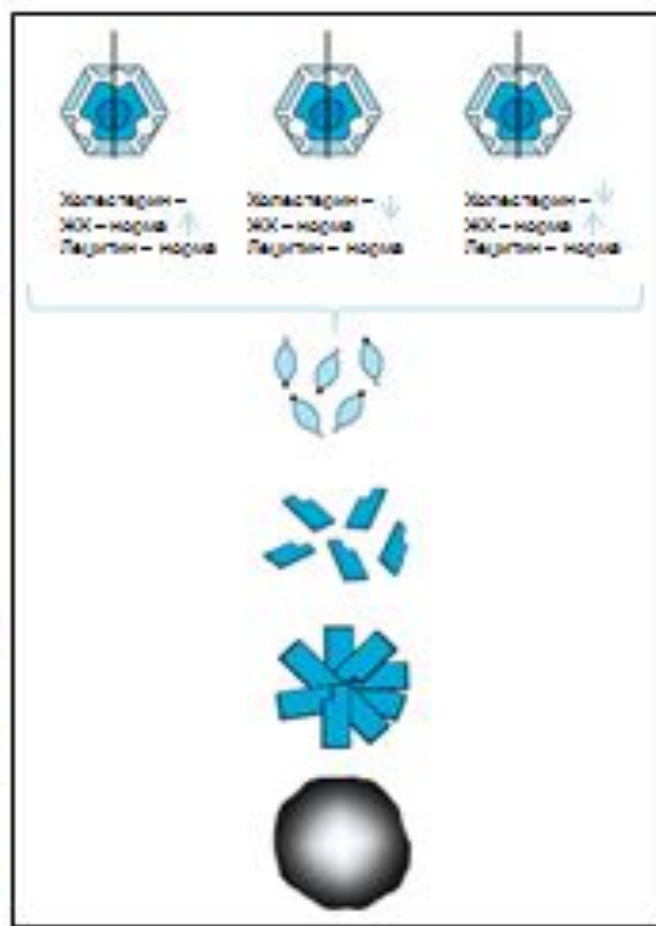
холестерина

III. ФИЗИЧЕСКАЯ:  
Образование кристаллов

холестерина

IV. Рост кристаллов, микрокамни

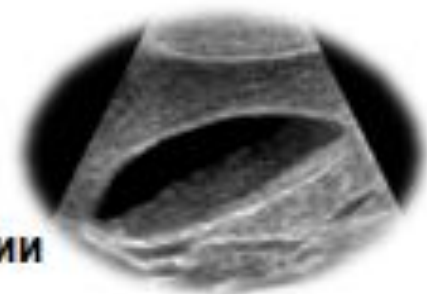
V. Образование камней



\* ИНОХ – индекс насыщения холестерином

- При высоком ИНОХ\* весь холестерин не может быть транспортирован в виде смешанных мицелл. Его избыток транспортируется в фосфолипидных пузырьках, которые являются нестабильными, легко агрегируются и такая желчь называется литогенной
- В своем течении ЖКБ имеет 5 стадий от метаболических дефектов в желчи и перенасыщения желчи холестерином до формирования кристаллов холестерина и роста камней
- Для того, чтобы максимально долгосократить функционирующий желчный пузырь, в настоящее время особое внимание уделяют терапии ЖКБ на ее начальных этапах – стадии БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

## ЖКБ – БИЛИАРНЫЙ СЛАДЖ



Термином БС обозначают любую неоднородность желчи, выявляемую при эхографическом исследовании

### Выделяют 3 основных варианта БС:

- 1. Микролитиаз** – взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных, единичных или множественных, смещаемых гиперэхогенных образований, не дающих акустической тени, выявляемых после изменения положения тела пациента.
- 2. Замазкообразная желчь** – эхонеоднородная желчь с наличием различной плотности сгустков, смещаемых, не дающих акустической тени или в редких случаях с эффектом ослабления за сгустком.
- 3. Сочетание замазкообразной желчи с микролитами.** При этом микролиты могут быть одновременно как в составе сгустка замазкообразной желчи, так и в полости желчного пузыря.



## Почему важно начать лечение на этапе БС?

- Наблюдения за естественным течением билиарного сладжа показывают, что со временем у 8–20% больных образуются конкременты, у 18–70% БС спонтанно исчезает и повторно не формируется, в 30–60% случаев наблюдается его персистенция.
- Однако исчезновение БС при УЗИ отнюдь не означает нормализации химического состава желчи, который претерпевает, те же изменения, что и при холецистолитиазе.
- Рост желчного конкремента протекает не непрерывно, а дискретно с периодами активного роста, стагнации и частичного растворения.

На всех этапах БС возможно ослабление или исчезновение факторов, способствующих прогрессированию процесса, а, следовательно, реален и регресс БС!

**Своевременное и правильное лечение БС – профилактика развития камнеобразования!**

# Международные рекомендации по отбору пациентов с ЖКБ для хирургического лечения (Программа Euricterus)

Кол-во баллов	Клиническая ситуация	Кол-во баллов	Основные характеристики	Сумма баллов
1	Нет симптомов	1	Камни желчного пузыря (ЖП)	2
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	3
2	Есть симптомы	1	Камни ЖП	3
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	4
		3	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП + дилатация холедоха	5
3	Желчная колика	1	Камни ЖП	4
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	5
		3	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП + дилатация холедоха	6

# Предоперационная подготовка

- 1 ступень: диета. Полиферментный препарат 4-6 недель, секретолитики, антациды 4-6 недель, коррекция моторно-эвакуаторных нарушений.
- 2 ступень: бактериальная деконтаминация (ципрофлоксацин, альфа-нормикс), пребиотики, пробиотики
- 3 ступень: воздействие на реологию желчи-УДХ, если позволяет клиническая ситуация)

## **В послеоперационном периоде:**

- Дюспаталин 200мг 2 раза в день 4 недели
- Ферментные препараты (креон 3 раза в день 8 недель, затем по 1 кап в макс прием пищи, затем по требованию 4 недели, секретолитики по показаниям
- Поддерживающая терапия: УДКХ 4-10 мкг/кг 2 раза в год по 1-3 мес  
Дюспаталин 200мг 2 раза 4 недели
- Лактулоза в пребиотической дозе

# Патологические состояния, выявляемые после холецистэктомии

- Наличие дисфункции сфинктера Одди при отсутствии структурных изменений билиарной системы
- Билиарная гипертензия с холестазом и наличием воспаления (холедохолитиаз, стеноз БДС и пр.)
- Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта



## **Сопутствующие заболевания ЖКТ, имеющиеся до холецистэктомии или развившиеся после нее:**

- **Хронический панкреатит (60-65%)**
- **Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки (30-40%)**
- **ГЭРБ (45-50%)**
- **Активный гастродуоденит (35-45%)**
- **Дискинезия тонкой и \или толстой кишки (40-80%)**

## **“Постхолецистэктомический синдром”**

- **Термином постхолецистэктомический синдром принято обозначать дисфункцию сфинктера Одди (ДСО), обусловленную нарушением его сократительной функции, препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий. Выделяют ДСО билиарного, панкреатического и смешанного типа.  
(Римский консенсус II, 1999 г.)**

# Принципы лечения больных с билиарной патологией

- **Цель лечения : восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку**
- **Задачи лечения:**
  - **восстановить проходимость сфинктера Одди и сократительную способность желчного пузыря (миолитики, прокинетики)**
  - **нормализовать химический состав желчи (препараты УДХК-урсосан, ливодекса)**
  - **нормализовать моторику кишки (миолитики,прокинетики)**
  - **восстановить нормальный состав микрофлоры (антибиотики, пребиотики, пробиотики)**
  - **нормализовать процессы пищеварения (ферменты)**



# Препараты, применяемые для восстановления проходимости сфинктеров билиарной системы

- 1.** Миотропные спазмолитики (дюспаталин, ниаспам, но-шпа форте, папаверин, галидор)
- 2.** Блокаторы кальциевых каналов (дицетел)
- 3.** Антихолинергические средства (гастроцепин, бускопан, метацин и др.)
- 4.** Нитраты (нитроглицерин при приступе болей, нитросорбит для курсового лечения – редко)

## Холестероз желчного пузыря

- Обменное заболевание, характеризующиеся отложением холестерина преимущественно в стенке желчного пузыря.
- Частота обнаружения от 3-5% до 50% и более
- Источником липидов, накапливаемых стенкой ЖП, являются модифицированные ЛПНП
- Модифицированные мелкие ЛПНП легко включаются в эндоцитоз и быстрее проникают в ткань ЖП.
- Снижение сократительной функции ЖП при сохраненной абсорбционной способности – фактор формирования ХЖП

## Холестероз ЖП

- Клинические проявления неспецифичны и не позволяют дифференцировать его с другими хроническими заболеваниями ЖП.
- Симптоматика обусловлена присоединением холецистита, дисфункцией желчных путей.
- Холецистолитиазом
- Возможен регресс ХЖП
- Основной метод диагностики – УЗИ: сетчатая форма-участки неравномерного утолщения с эхопозитивными включениями в виде пунктирных линий. Самая частая форма.
- Полипозная форма-пристеночные не смещаемые образования без дистальной акустической тени



## Тактика ведения больных с холестерозом

- Тактика выжидательная
- Основные положения являются: динамическое УЗИ-наблюдение:
- Больные с сетчатой формой УЗИ 1-2 раза в год с контролем липидного спектра, АПАТ, АСАТ
- Больные с полиповидной и полиповидно-сетчатой формой УЗИ 2 раза в год с контролем липидного спектра, АПАТ, АСАТ.
- Оперативное лечение при наличии отрицательной динамики, невозможности исключить неопластический процесс, отсутствии положительной динамики через 6-12 мес
- Полипы более 1 см , более 5

# Лечение холестероза желчного пузыря

- 1.Нормализация моторно-эвакуаторных нарушений:
- -прокинетики-метоклопрамид, домперидон, итоприд
- -спазмолитики-дротаверин, мебеверин и т.д.
- -препараты УДХК в дозе 10 мг/кг