

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 (холецистолитиаз, 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⁺ каналов(Дюспаталин)
- блокаторы Ca²⁺ 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 холестеринаных 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

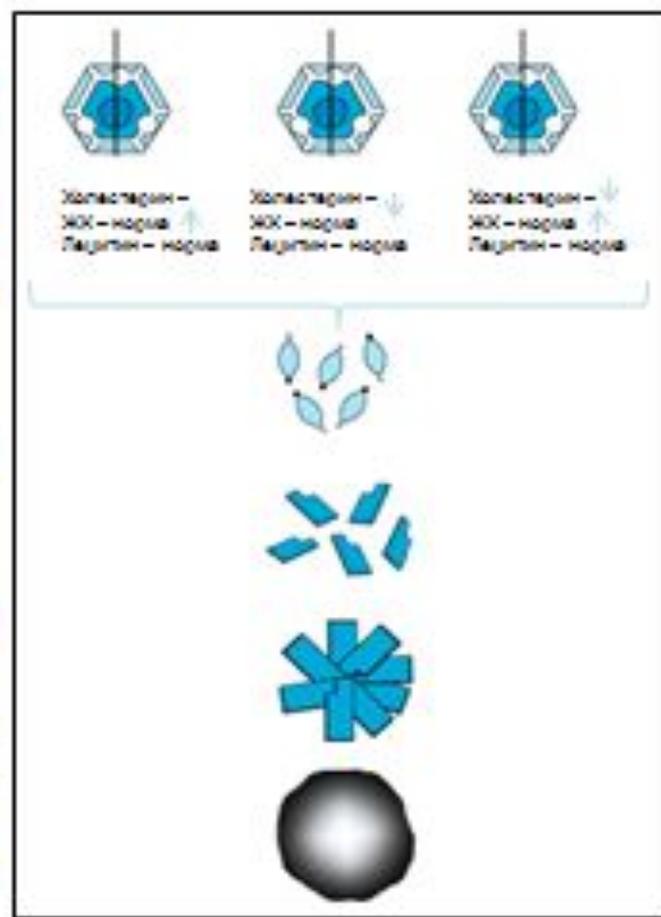
холестерина

III. ФИЗИЧЕСКАЯ:
Образование кристаллов

холестерина

IV. Рост кристаллов, микрокамни

V. Образование камней



* ИИХ – индекс насыщения холестерином

- При высоком ИИХ* 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