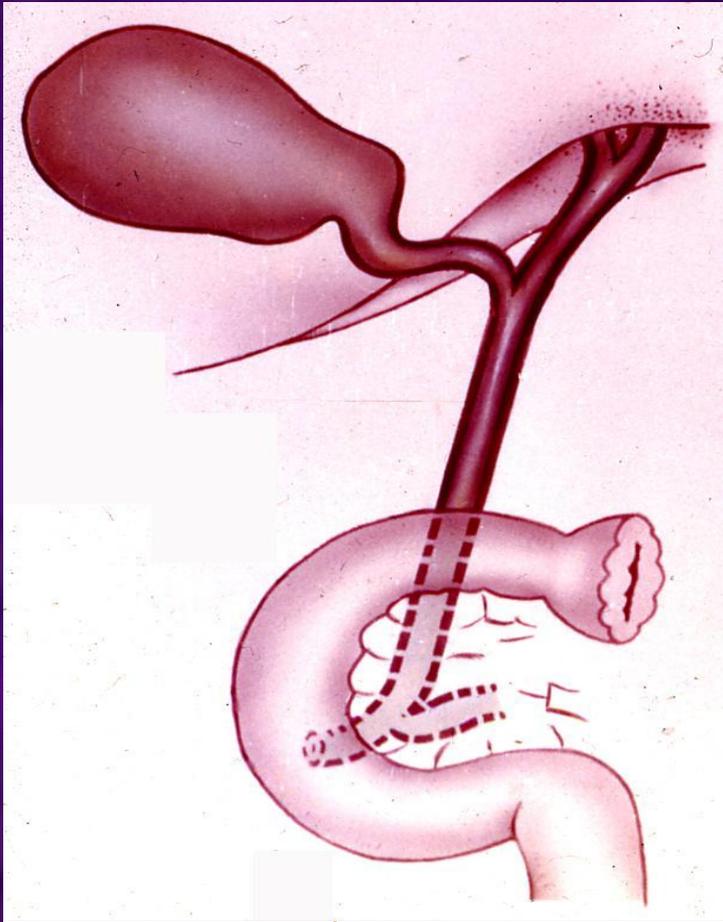


Казахский Национальный Медицинский Университет им.
С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по педиатрии №2

**Абдоминальный синдром при
холепатиях (калькулезный и
некалькулезный холециститы,
дискинезии). Клиника, диагностика,
дифференциальная диагностика,
лечение**

Подготовил: асс.кафедры Кисленко А.В.

Алматы 2015



Желчный пузырь и протоки
имеют гладкомышечные
волокна, способствуют
транспорту желчи
Сфинктер Одди и Вестфала
В шейке пузыря – сфинктер
Люткенса и спиральный клапан
(складка Гейстера)

Сфинктер ОПП – Mirizzi - препятствует обратному току желчи
Регуляция: блуждающие и симпатические нервы
Гормоны – холецистокинин, панкреозимин
(слизистая желудка и тонкого кишечника)

МЕХАНИЗМ ЭКСКРЕЦИИ ЖЕЛЧИ

Прием пищи (жиры, продукты расщепления белков) → сокращение мышц желчевыводящей системы → повышение давления до 200-300 мм.вд.ст. → сфинктеры раскрываются → последовательное поступление в ДПК: желчи ОЖП, пузыря, внепеченочных протоков, печеночных

БДС – расслаблен всю фазу пищеварения

Патология билиарного тракта

- Врожденные пороки
- Функциональные нарушения
- Желчекаменная болезнь
- Холециститы
- Онкологические заболевания

Под дискинезией билиарного тракта понимают нарушения моторики желчного пузыря и сфинктерного аппарата, клинически проявляющиеся болями в правом подреберье и диспепсическими нарушениями.

Дисфункция билиарного тракта

1. По этиологии:

- Первичная
- Вторичная

2. По патогенезу:

- Гиперкинетическая
- Гипокинетическая

3. По локализации:

- Дисфункция желчного пузыря
- Дисфункция сфинктера Одди

Клиническая картина при гиперкинетической форме дисфункции желчного пузыря и/или гипертонической форме дисфункции сфинктера

Одди

- ❏ Беспокоят периодические кратковременные коликообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, под правую лопатку, правое плечо, реже – в область эпигастрия, сердца, усиливающиеся при глубоком вдохе.
- ❏ Боли обычно возникают после погрешностей в диете, приема холодных напитков, физической нагрузки, стрессовых ситуаций, особенно в ночное время.
- ❏ Отмечаются симптомы невротического характера: раздражительность, повышенная утомляемость, потливость, тахикардия, головные боли и др.

Клиническая картина при гипокинетической и гипотонической форме дисфункции билиарного тракта:

- ✉ Характерны тупые боли в правом подреберье, чувство давления, распирания, усиливающиеся при наклоне туловища.
- ✉ Часто беспокоят тошнота, горечь во рту, вздутие живота, запоры.
- ✉ При пальпации отмечается умеренная болезненность в проекции желчного пузыря.
- ✉ Вторичные дисфункциональные расстройства, как правило, имеют клинику основного заболевания.

Физикальные методы

обследования :

-  Опрос – повторные эпизоды умеренной или выраженной боли в эпигастрии или в правом подреберье продолжительностью 20 минут и более в течение 3 месяцев в течение года, в сочетании с одним или более из следующих признаков: тошнота, рвота, иррадиация боли в спину или правую лопатку, появление боли после приема пищи, появление боли в ночное время;
-  осмотр – пальпаторная болезненность в правом подреберье.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови – без патологических изменений;
- общий анализ мочи – без патологических изменений;
- глюкоза крови – в пределах нормальных значений;
- функциональные пробы печени – повышение АсАТ и/или ЩФ в 2 и более раз при двукратном определении;
- уровень панкреатических ферментов (амилазы, липазы) в крови – повышение;
- общий билирубин и его фракции – повышение уровня общего билирубина за счет прямой фракции.

Инструментальные и другие виды диагностики:

- УЗИ с оценкой функционального состояния желчного пузыря (с желчегонным завтраком – 20 г сорбита в 100 мл воды) – характерно сокращение желчного пузыря меньше чем на 40%, увеличение диаметра холедоха после приема жирной пищи;
- дуоденальное зондирование – ослабление пузырного рефлекса (количество пузырной желчи повышено до 100-150 мл при норме 30-70 мл, желчь выделяется медленно, маленькими порциями, задержка выделения желчи более 45 минут);
- ЭРХПГ – расширение общего желчного протока более чем на 12 мм, повышение давления в холедохе;
- ФГДС с осмотром дуоденального сосочка – отек, стеноз.

Консультации специалистов

- хирург – для решения вопроса об эндоскопическом (сфинектеротомия) или хирургическом лечении;
- невропатолога – для коррекции невротических состояний.

Дифференциальная диагностика

- желчнокаменная болезнь,
- правосторонняя почечная колика.

Клиника характеризуется схожестью – приступами интенсивных болей в правом подреберье, тошнотой, рвотой. Помощь в верификации диагноза оказывает УЗИ, при котором не обнаруживаются конкременты в желчном пузыре, желчных протоках, почках.

Лечение:

Основным принципом лечения функциональных нарушений билиарного тракта является нормализация моторно - эвакуаторной функции желчевыводящих путей и устранение спазма сфинктера Одди.

Фармакотерапия:

№	Схемы лечения	Длительность
1	Холеретик (A05A)	3-6 недель
	Стимулятор перистальтики (A03F)	3-4 недели
	Антидепрессант (N06A) или нейролептик (N05A)	3-4 недели
2	Спазмолитик (A03A)	3-4 недели
	Растительный препарат со спазмолитическим эффектом	4-8 недель
	Стимулятор перистальтики	3-4 недели
	Нейролептик	4-6 недель
3	Растительные холеретики и холекинетики	4-8 недель
	Препараты, нормализующие тонус сфинктера Одди (A03F)	4-6 недель
	Гепатотропные препараты (A05B)	3-4 недели
	Селективные блокаторы M ₁ -холинорецепторов (A02B)	3-4 недели

Физиотерапевтические методы лечения:

- В период обострения не рекомендуются.
- В период ремиссии:
 - индуктотермия – улучшает микроциркуляцию, оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие, снимает спастическое состояние желчных путей;
 - УВЧ – противовоспалительное, бактерицидное действие;
 - микроволновая терапия – улучшает кровоток и трофику;
 - электрофорез с магнием, спазмолитиками – противовоспалительное, спазмолитическое действия.

Диета:

Частое (5-6 раз в день) дробное питание, исключение газированной воды, приправ, копченых, жирных и жареных блюд. При гипотоническом - гипокинетическом варианте показаны продукты с холеретическим действием (яйца всмятку, растительные масла, блюда из овсяной крупы, тыквы).

При гипотоническо - гипокинетической форме показаны минеральные воды средней минерализации (комнатной температуры), по 150-200 мл 2-3 раза в день за 30-90 мин до еды, в зависимости от кислотообразующей функции желудка.

При гипертонически-гиперкинетической форме – воды малой минерализации (2-5 г/л), негазированные или слабогазированные, в теплом виде по 100-150 мл 3-4 раза в день за 1 час до еды.

Критерии эффективности лечения

Прекращение симптомов болезни или уменьшение их интенсивности:

- купирование болевого и диспепсического синдромов, улучшение функции желчного пузыря (по данным УЗИ) - ремиссия;
- улучшение самочувствия без существенной положительной динамики объективных данных - частичная ремиссия.

Желчекаменная болезнь

Часто встречающееся заболевание, которое характеризуется образованием камней в желчевыводящих путях: желчном пузыре и желчных протоках.

10-15% населения развитых стран, каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина страдают этой болезнью.

- **Нормальная желчь, выделяемая гепатоцитами, представляет собой сложный коллоидный раствор.**
- **Сухой остаток жёлчи состоит из солей желчных кислот, которые:**
 - a) **обеспечивают стабильность коллоидного состояния жёлчи**
 - b) **играют регулирующую роль в секреции других её элементов, в частности холестерина**
 - c) **почти полностью всасываются в кишечнике в процессе энтерогепатической циркуляции.**

Этиопатогенез

- Инфекция (инфекционная теория Naunyn В., 1892)
- Застой желчи (Aschoff L., 1909)
- Нарушение холестеринанового обмена (Schoffar)

Значение инфекции (Боткин С.П., Федоров С.П.)

- Пути инфицирования:
 - Энтерогенный
 - Гематогенный
 - Лимфагенный
 - Из печени по желчным путям

При воспалении: слизь, слущенный эпителий, бактерии, белковые частицы способствуют кристаллизации из желчи холестерина и билирубината кальция.

Кишечная палочка (и др.) выделяют бета-глюкоронидазу (превращает растворимый конъюгированный билирубин в свободный — нерастворимый билирубин + соли кальция — основа пигментных камней)

Образование камней

Холестаз → инфекция



Оседание солей и желчных пигментов в
складках слизистой



камни

Индекс литогенности

Индекс литогенности (ИЛ), предложенный А. Metzger, представляет собой частное от деления количества холестерина, находящегося в исследуемой желчи, на максимальное количество его, которое может быть растворено при данном соотношении желчных кислот и фосфолипидов, в треугольных координатах Адмиранда и Смолла. Если ИЛ больше единицы, желчь является литогенной.

Желчь для определения ИЛ получают с помощью специального зонда, снабженного двумя резиновыми obturаторами, изолирующими ту часть кишки, из которой отсасывают содержимое. Для стимуляции пузырьного рефлекса при этом используют лишь холецистокинин.

Причины повышения литогенности

> холестерина

< желчных кислот и лецитина

Комбинация этих причин

> активность фермента ГМК-Ко АР →
участвует в синтезе желчных кислот из
холестерина в микросомах гепатоцитов

Способствуют избыточной секреции холестерина:

- Алиментарный фактор (высококалорийная пища, богатая животным жиром и белками)
- Ожирение
- Эстрогены
- Контрацептивы
- Беременность



Патанатомия



Закупорка пузырного протока
или дистального отдела ОЖП и
БДС:

Водянка желчного пузыря

Эмпиема

Механическая желтуха

Холангит

Абсцессы печени

Клинические формы

- Латентная
- Диспепсическая
- Болевая (стенокардитическая)
- Рецидивирующая

Диспепсическая форма

- Неприятные ощущения в эпигастрии и правом подреберье
- Тошнота, горечь во рту
- «Горькая» отрыжка
- Запоры
- Поносы
- Гастро-дуодениты

Болевая форма

- Боли в правом подреберье и эпигастрии постоянного, ноющего характера, усиливающиеся после приема пищи
- Иррадиация в поясницу, правую лопатку, правое предплечье
- Язык обложен
- При глубокой пальпации болезненность в проекции желчного пузыря
- Слабоположительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Боаса.

Рецидивирующая форма

- Печеночные (желчные) колики – кратковременный болевой приступ из-за спазма или закупорки камнем пузырного протока или БДС, билиарной гипертензии.
- Боли сильные, острые (реже нестерпимые)
- Типичная иррадиация за грудину (пузырно-кардиальный синдром, симптом С.П. Боткина)
- Диспептические проявления
- Осложнения (холецистит, желтуха)

Осложнения

- Острый холецистит
- Стриктура БДС –механическая желтуха, гнойный холангит, холангитические абсцессы
- Панкреатит
- Водянка
- Эмпиема
- Билиодигестивные свищи
- Обтурационная кишечная непроходимость

Диагностика

- Жалобы
- Анамнез (наследственная предрасположенность)
- Осмотр кожи и слизистых
- Иктеричность склер
- Обложенность языка
- Слабоположительные с-мы Кера, Ортнера, Мюсси-Георгиевского
- Параклинические методы исследования

Лабораторные данные

- СОЭ \approx в 2 раза
- Желчные пигменты, диастаза мочи
- Хромотографическое дуоденальное зондирование (per os 0,15-0,3 метиленового синего в капсулах)
- Порции желчи
- Микроскопия
- Биохимический анализ крови

Холецистография

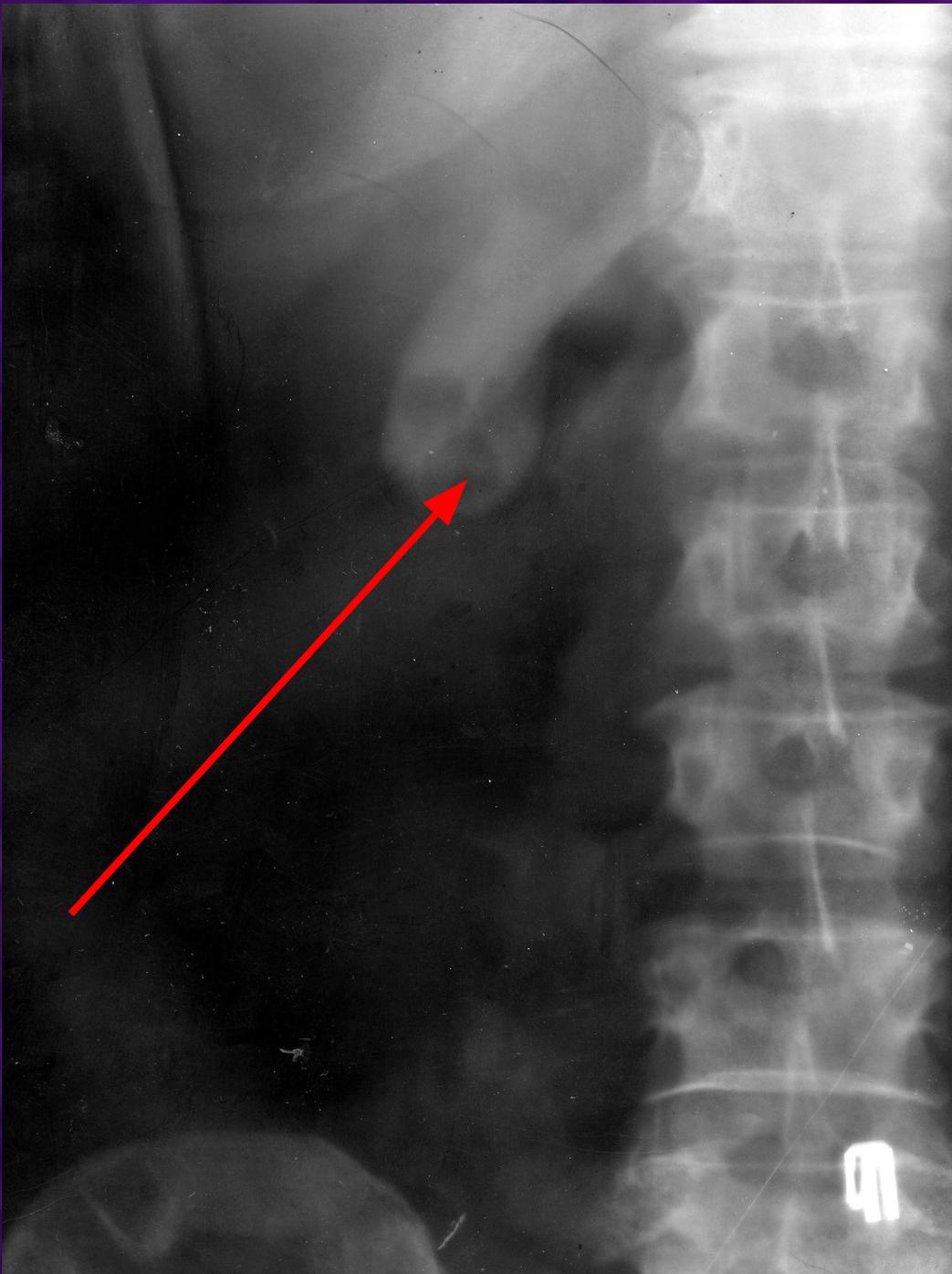
(Э. Грем и Коуол 1923-1924)

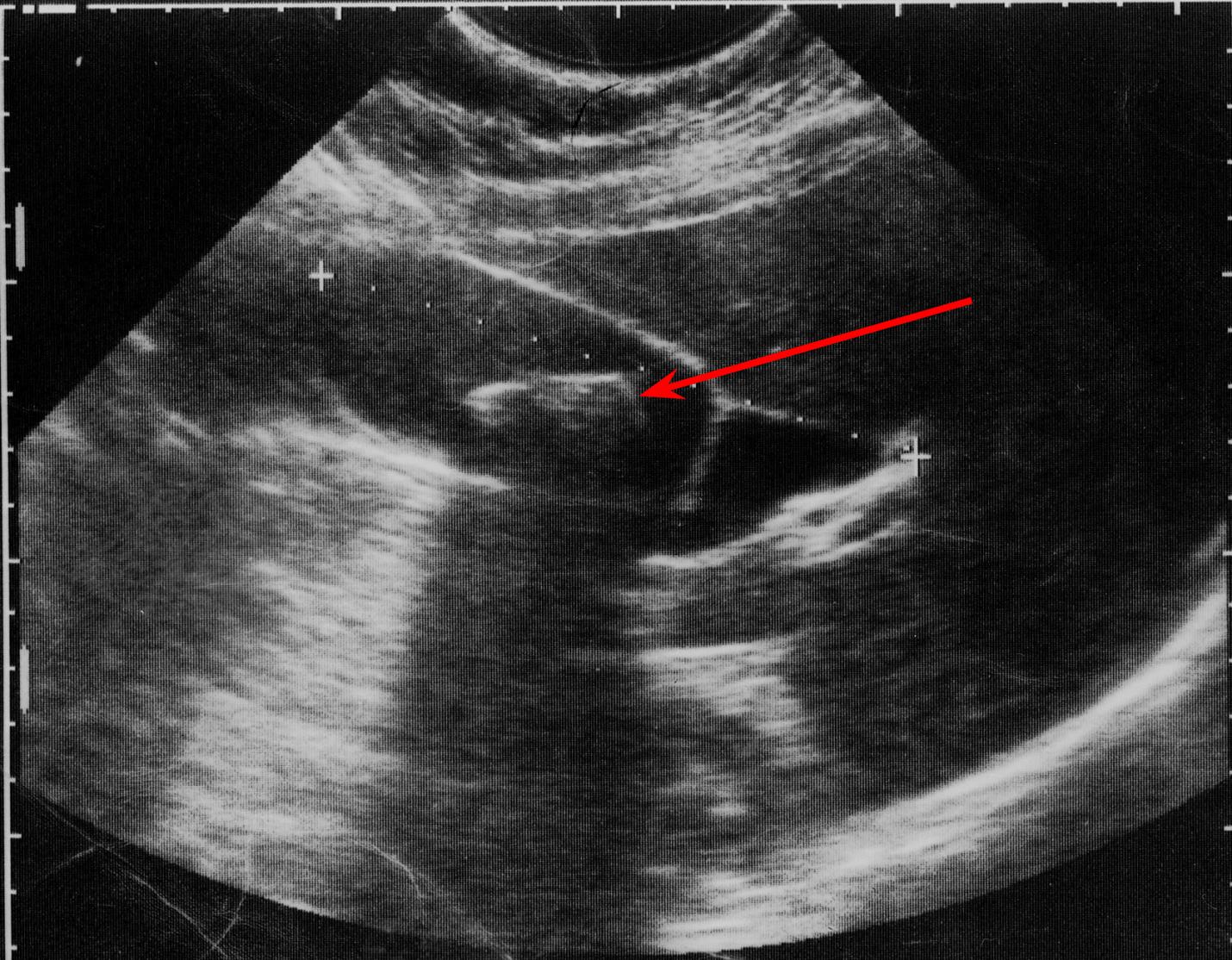
- Пероральная (холевид, йопагност, телепак, билимин – 1,0 на 20 кг МТ)
- Внутривенная (билигност, билиграфин)
- Сочетанная

Инфузионная: контрастное вещество в 500 мл 5%
ГЛЮКОЗЫ в/в капельно

- Положение
- Форма
- Величина
- Контуры
- Структура
- Дефекты наполнения
(камни, полипы,
опухоли)

Желчегонный завтрак
(20,0 сорбита или
2 сырых желтка)





ED=111 mm

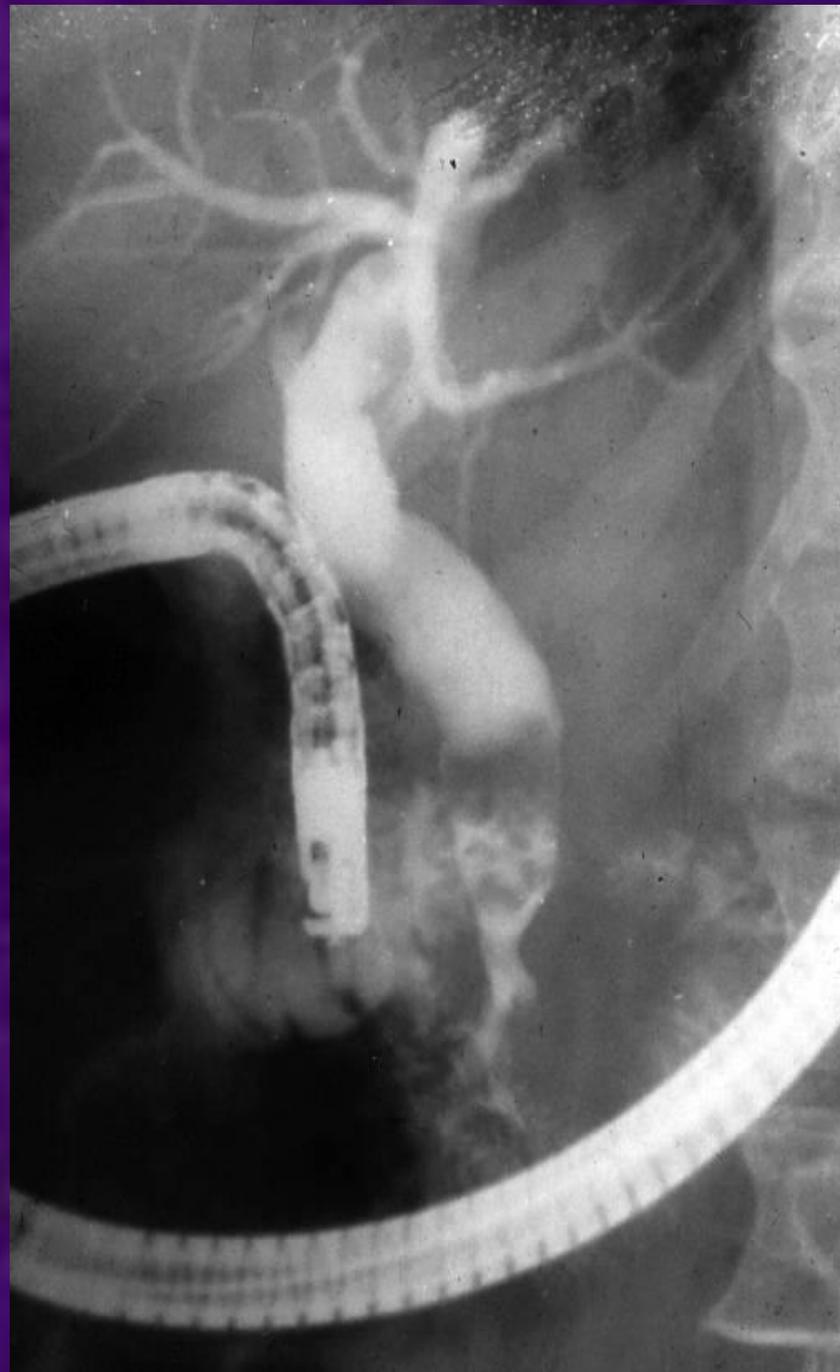
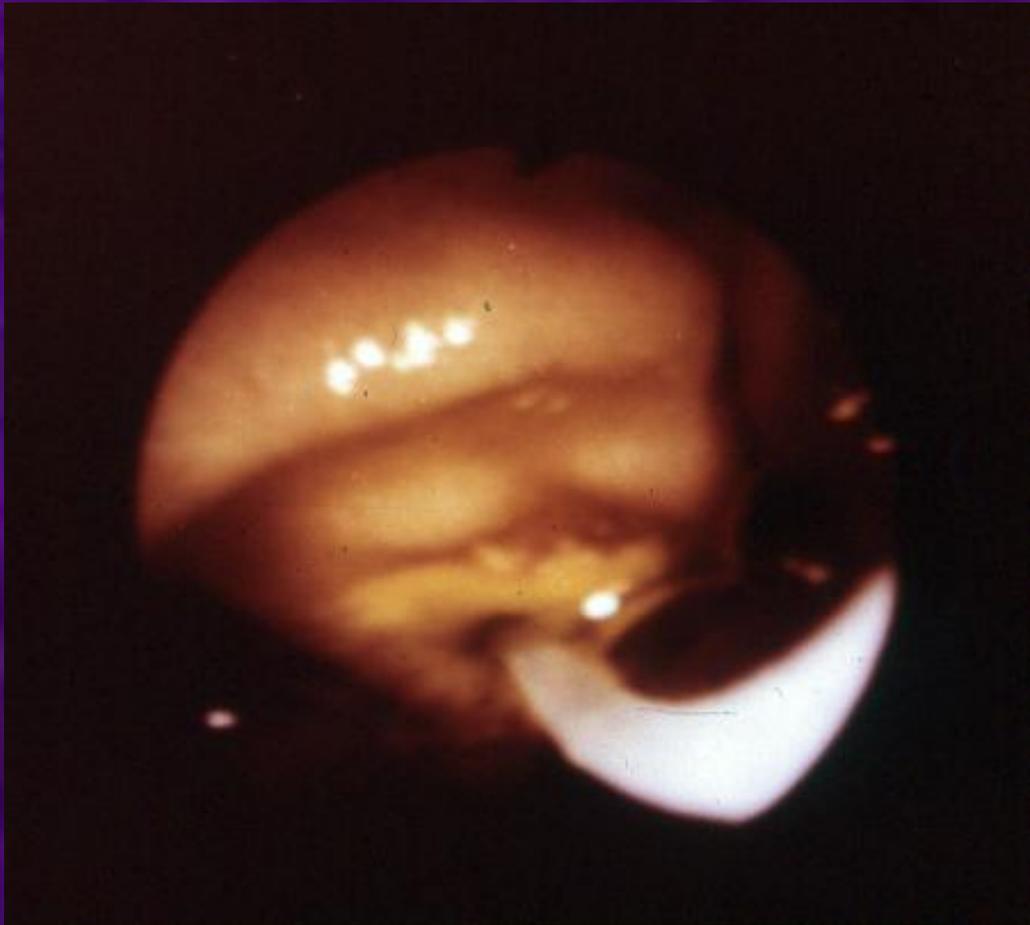
ID.

[16]

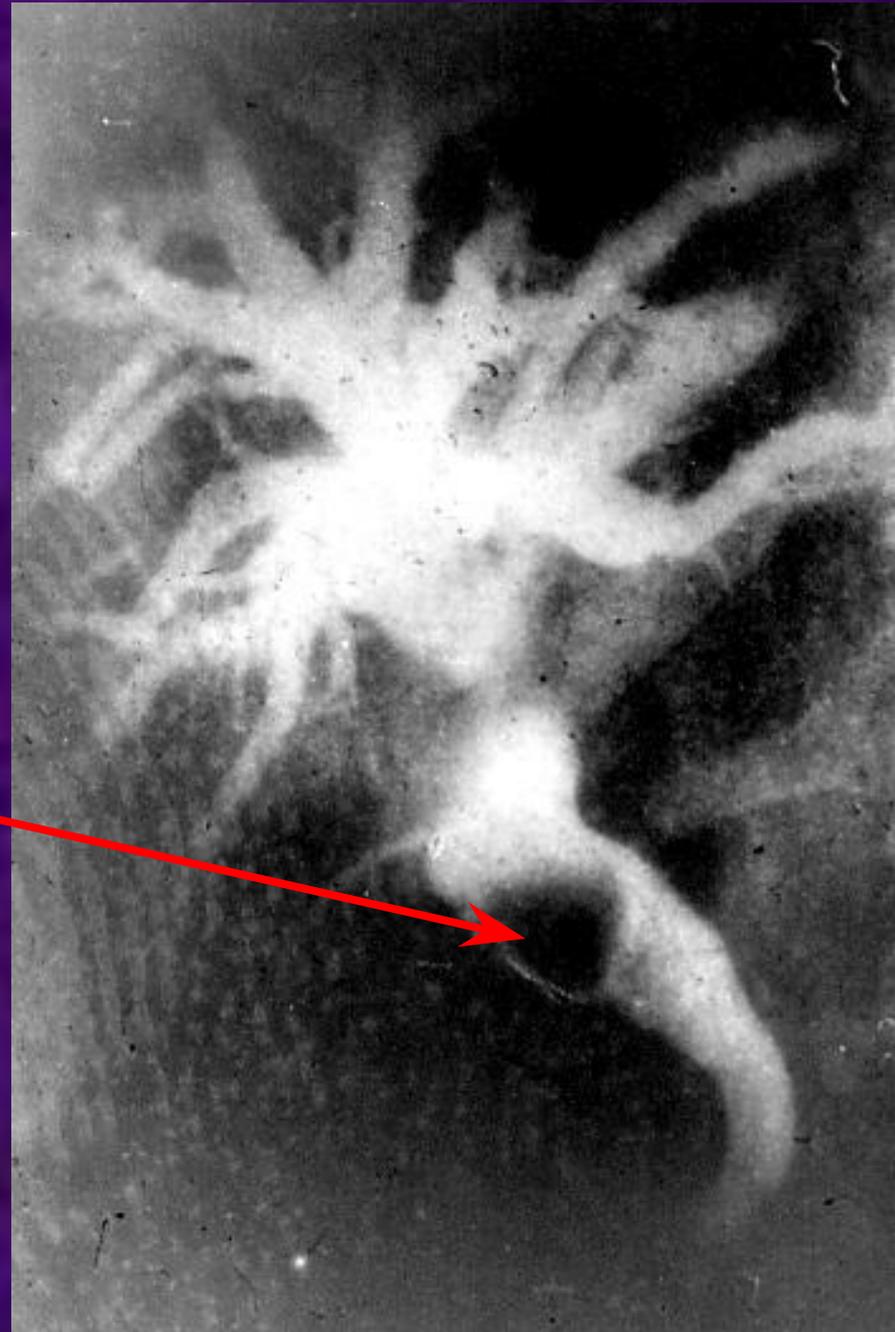
УЗИ

1. Доступность
 2. Информативность
100%
 3. Визуализация
желчного пузыря
протоков
pancreas
печени
- Форма
 - Размеры
 - Толщина и плотность стенок
 - Склеротические изменения
 - Камни от 2 мм
 - Деформация
 - Функция
 - Перихоледохеальные лимфоузлы

ЭГДС и ЭРХПГ



Камень
холедоха



ЭГДС

- Состояние желудка и ДПК (БДС)
- Гастродуодениты
- Дуоденостазы
- Дискинезии ДПК
- Сочетание ЖКБ с язвенной болезнью

Прямая холангиоскопия и удаление камня в холедохе

А - вколоченный камень в общем билиарном протоке (холедохе).

В - удаление камня корзинчатым катетером. С - проксимальный отдел холедоха.



Радиоизотопные методы

- Бенгальский розовый
- Меченный ^{131}J или ^{99}Tc

Проявления желчнокаменной болезни

1. Бессимптомное камненосительство:

- Камни желчного пузыря при ультразвуковом исследовании

2. Билиарная колика:

- Длительность билиарной боли <6 ч
- Нет воспалительного синдрома
- Нет холестаза
- Сонография: камень в шейке, пузырном протоке, позозависимость (может быть не виден)

Проявления желчнокаменной болезни

3. Острый калькулезный холецистит:

- Длительность билиарной боли >6 ч
- Напряжение в правом подреберье
- Воспалительный синдром
- Нет холестаза (исключая синдром Мирицци)
- Сонография: камень в шейке, пузырном протоке, стенка $>4-5$ мм, жидкость

4. Холедохолитиаз:

- Возможна билиарная боль
- Нет воспалительного синдрома

Проявления желчнокаменной болезни

5. Холестатический синдром:

- Сонография: холедох >6 мм, камень в холедохе
- Эндосонография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, компьютерная томографическая холангиография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография

6. Калькулезный холангит:

- Билиарная боль
- Воспалительный синдром
- Напряжение в правом подреберье

Проявления желчнокаменной болезни

7. Холестатический синдром:

- Сонография: холедох >6 мм, камень в холедохе

8. Билиарный панкреатит:

- Боль: интенсивная, часто не купируется наркотиками, пик через 30-60 мин, в верхней части живота, эпигастрии, верхнем правом квадранте, иррадирует в спину
- Повышение общей амилазы >3 раза (48-72 ч), панкреатической амилазы (7-14 сут), липазы >2 раза
- Гипергликемия, гиперкреатининемия, гипокальциемия
- Контрастная компьютерная томография - метод выбора
- Абдоминальная/эндоскопическая сонография

Дифференцируют:

- Дискинезиями желчного пузыря
- Гастродуоденитами, дуоденостазами
- Язвенной болезнью
- Хр. гепатитами
- Хр. панкреатитом

Лечение

- Консервативное:
 - Симптоматическое
 - Патогенетическое
- Неоперативное
- Оперативное

Симптоматическое

(для < проявлений, не излечивает от ЖКБ)

- Диета (стол № 5)
- Спазмолитики
- Желчегонные
- Водолечение

(Ессентуки, Славянская, Смирновская)

- Физиолечение (диатермия, ультразвук, УВЧ, электрофорез, аппликации)
- Санаторно-курортное

Патогенетическое (хеноотерапия)

- Препараты хенодезоксихолевой кислоты (ХДХК) – хенофальк
- Препараты урзодезоксихолевой кислоты (УДХК) – урсофальк

< фермент ГМК-КоАР → < синтез холестерина и выделение его с желчью

Снижают литогенность желчи и растворяют холестериновые камни.

Капсулы по 250 мг

Хенофальк 15 мг/кг

Урсофальк 8-10 мг/кг

Показано при:

- Одиночных не более 1,5-2 см в диаметре
- Множественных мелких камнях
- Хорошей функции желчного пузыря
- Прходимости пузырного протока
- Прходимости БДС

Противопоказано при
желтухе

и

во время беременности

Курс лечения 2 года

Поддерживающая терапия 4-5 лет

Неоперативное лечение (литотрипсия)

- Экстракорпоральная
- Электромагнитная
- Ультразвуковая и др.

Показана при:

- Одиночных камнях желчного пузыря до 3 см
- Отсутствии воспаления
- Хорошей проходимости пузырного протока и БДС

Назначаются спазмолитики (печеночные колики)

Осложнения: механическая желтуха

Хронический некалькулезный (бескаменный) холецистит

Хроническое воспаление желчного пузыря, как правило, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями желчевыделительной системы, но не сопровождающееся образованием желчных конкрементов.

Этиология некалькулёзного холецистита

- Кишечная палочка.
- Стафилококки.
- Энтерококки.
- Протей.
- Смешанная флора.

Сами по себе микроорганизмы не могут вызывать воспаление в стенке желчного пузыря, для этого обязательно нужны предрасполагающие факторы, т.к. нормальная желчь обладает достаточно выраженными бактерицидными свойствами, а эпителий желчного пузыря и желчных протоков - механизмами местной иммунной защиты.

Предрасполагающие факторы некалькулёзного холецистита

- Застой желчи.
- Малоподвижный образ жизни, опущение органов брюшной полости, беременность, редкие, но обильные приемы пищи.
- Гипотонически-гипокинетические дискинезии желчного пузыря.
- Дисфункции сфинктерного аппарата желчных путей.
- Паразитарные заболевания (лямблиоз, описторхоз, амебиаз, аскаридоз).
- Эндокринные расстройства (ожирение, дисменореи, нерегулярная половая жизнь).

Типичная клиническая картина бескаменного холецистита

- Отмечается более чем у 2/3 больных хроническим бескаменным холециститом.
- Длительное прогрессирующее течение с периодическими обострениями.
- Ведущий симптом - боль, локализуемая в правом подреберье, реже - в подложечной области. Имеет ноющий характер, продолжается в течение многих часов, дней, иногда недель. Характерно возникновение или усиление боли после приема жирных и жареных блюд, яиц, холодных и газированных напитков, вина, пива, острых закусок.
- Интенсивная приступообразная боль (желчная колика) не является характерной для хронического некалькулезного холецистита.

Типичная клиническая картина бескаменного холецистита

- При наличии перихолецистита боли носят постоянный характер, усиливаются при перемене положения тела, наклоне туловища вперед. Боли иррадиируют, как правило, в правую поясничную область, правую лопатку, правое плечо.
- Тошнота, отрыжка воздухом, горечь или постоянный горький вкус во рту.
- Иногда подъем температуры тела до субфебрильных цифр. Более высокая температура, сопровождающаяся ознобами, может свидетельствовать об эмпиеме желчного пузыря, присоединении холангита.

Атипичные формы бескаменного холецистита

- Менее чем у 1/3 больных.
- Эзофагалгические формы.

Характеризуются упорной изжогой, сочетающейся с тупой болью за грудиной, после обильной еды иногда появляется ощущение "кола" за грудиной. Боль отличается длительностью, изредка возникают легкие затруднения при прохождении пищи по пищеводу (легкая непостоянная дисфагия).

- Кишечные формы.

Протекают со вздутием живота, малоинтенсивной, чётко не локализованной болью по всему животу, склонностью к запорам.

Физикальное обследование

- Осмотр - обложенный, фестончатый (с отпечатками зубов) язык, что является отражением застоя в желчном пузыре.
- Пальпация - болезненность в проекции желчного пузыря (место пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой), усиливающаяся на вдохе (симптом Кера), а также при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Ортнера). Однако эти симптомы выявляются не всегда.
- При шейной локализации холецистита иногда при глубоком вдохе удастся пропальпировать дно увеличенного желчного пузыря.

Дополнительные пальпаторные симптомы, при хроническом некалькулёзном холецистите:

- Симптом Мерфи - осторожное, мягкое введение руки в зону желчного пузыря и при глубоком вдохе пальпирующая рука вызывает резкую болезненность.
- Симптом Мюсси - болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудинноключичнососцевидной мышцы справа.
- Симптом Маккензи - гиперестезия кожи живота в правой подреберной области с максимально выраженной болезненностью в зоне проекции желчного пузыря.
- Симптом Шоффара - при проведении вентродорзальной бимануальной пальпации возникает боль в зоне проекции головки поджелудочной железы и желчного пузыря (симптом характерен для холецистопанкреатита). Тот же симптом описан Захарьиным.

Дополнительные пальпаторные симптомы, при хроническом некалькулёзном холецистите:

- Симптом Ляховицкого - боль возникает при незначительном давлении на правую половину мечевидного отростка или при отведении его кверху.
- Симптом Харитонов - боль при пальпации справа от остистого отростка IV грудного позвонка.
- Симптом Йонаша - боль при надавливании в месте прикрепления правой трапециевидной мышцы в затылочной области (в зоне проекции затылочного нерва).
- Симптом Бурчинского I - при глубоком выдохе и натуживании живота в виде "арбуза" возникает болезненность в зоне Шоффара при резком ударе концевыми фалангами пальцев кисти пальпируемой руки.
- Симптом Бурчинского II - возникновение резкой болезненности в зоне Шоффара в положении больного сидя при пальпации желчного пузыря со стороны спины.

Лечение

Лечение хронического некалькулёзного холецистита, как правило, консервативное. Исключение составляют больные с выраженными болями, грубой деформацией желчного пузыря, частыми обострениями и значительным снижением сократительной функции. В период обострения заболевания лечение целесообразно провести в условиях стационара на протяжении 10-14 дней.

Цели лечения

- Купирование обострений.
- Предупреждение развития осложнений и лечение в случае их развития.

Задачи лечения

- Купирование болей.
- Восстановление функции желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей.
- Подавление инфекции и воспалительного процесса в желчном пузыре.
- Восстановление нарушенного пищеварения, обусловленного билиарной недостаточностью, в результате недостаточного по объему и времени поступления желчи в двенадцатиперстную кишку.

Диетотерапия

Питание должно быть частым (4-6 раз в день) и дробным (небольшими порциями), что способствует регулярному опорожнению желчного пузыря.

Из рациона необходимо исключить жирную, жареную, острую пищу, газированные напитки, вино, пиво, яичные желтки, орехи, сдобу, блюда в холодном виде, крем, сырые овощи и фрукты.

Больным в фазе обострения следует употреблять свежеприготовленную пищу в теплом виде. Все блюда варят или приготавливают на пару, овощные или крупяные можно так же запекать в духовом шкафу.

Медикаментозное лечение

- **Спазмолитики** - у больных хроническим некалькулезным холециститом, сопровождающимся дисфункцией (гипертонусом) сфинктера Одди и абдоминальными болями, показано применение миотропных спазмолитиков. (атропин 0,1% - 1 мл, платифиллин 0,2% - 2 мл, метацин 0,1% - 1 мл, Но-шпа 2-4 мл внутримышечно или внутривенно или внутрь 1-2 таблетки, папаверин 2% - 2 мл под кожу, Одестон - взрослым назначают по 200-400 мг 3 раза в сутки перед едой (обладает селективным спазмолитическим эффектом в отношении сфинктера Одди).
- **Антибактериальные препараты** при хроническом некалькулезном холецистите назначают только в случае выраженного обострения (постоянном болевом синдроме, изменениях в анализах крови и при наличии соответствующей эхографической картины, свидетельствующей в пользу обострения патологического процесса в желчном пузыре, особенно при сочетании с холангитом).

- **Дезинтоксикационная терапия** – при выраженной интоксикации показано в/в капельное введение Гемодеза (по 200-400 мл/сут) или Полидеза (250-450 мл/сут) на курс 3-4 вливания.
- **Ферменты** - для восстановления полостного пищеварения назначают ферментные препараты - Фестал, Мезим форте, Панцитрат, Креон в среднетерапевтических дозах на протяжении 2-3 нед.
- **Холеретики** - лекарственные средства, усиливающие образование желчи. При выраженном воспалительном процессе в желчном пузыре и желчных протоках холеретики применяют с большой осторожностью, чтобы не спровоцировать усиление болей.
- **Холецистокинетики** - средства, способствующие выделению желчи, стимулирующие сокращение желчного пузыря. Холецистокинетики показаны при гипокинезии желчного пузыря в сочетании с желчегонными средствами. Холецистокинетики не следует применять у пациентов при подозрении на билиарную гипертензию.
- **Фитотерапия** - в период обострения показан прием отваров следующих трав: мята перечная, валериана лекарственная, ромашка аптечная, одуванчик лекарственный, цветки календулы.

Спасибо за внимание!