

№ ЛД-21

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра Внутренних болезней №3

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ (ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

по дисциплине «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ. ОБУЧАЮЩИЙ
СИММУЛЯЦИОННЫЙ КУРС 2»

по теме «Хронический бескаменный холецистит и дискинезия желчевыводящих
путей»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования -
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело,
утвержденной 30.03.2022 г.

Владикавказ, 2022

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 5,6 курсов (9,10,11,12 семестры) лечебного факультета ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России по дисциплине «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ. ОБУЧАЮЩИЙ СИММУЛЯЦИОННЫЙ КУРС 2»

Составители:

Бестаев Д.В., дм.н., доцент, зав.каф.

Брциева З.С., доцент

Бурдули Н.Н., доцент

Коцоева О.Т., доцент

Кцоева С.А., доцент

Хутиева Л.М., доцент

Введение

Заболевания желчевыводящей системы являются весьма распространенными и численность больных с указанной патологией неуклонно растет. Эти заболевания редко остаются изолированными, чаще всего вовлекая в патологический процесс другие органы пищеварительного тракта. Желчевыводящие пути имеют обширные нервные связи с другими органами пищеварения, почками и половыми органами, что обуславливает их легкую ранимость, предрасполагает к возникновению нарушений процесса желчеотделения. Дискинезии желчного пузыря (ДЖП) и желчных протоков способствуют застою желчи (холестазу), что, в свою очередь, формирует условия для инфицирования желчных путей и камнеобразования. Вместе с тем, известно, что чаще всего дискинезии не распознаются, а значит, не лечатся. Следовательно, ДЖП как предстания хронического холецистита не контролируются. Масса врачебных ошибок наблюдается и в диагностике, лечении, а также профилактике хронических холециститов.

В этих условиях актуален вопрос качественной подготовки специалистов, умеющих поставить диагноз заболевания желчевыводящих путей, назначить адекватное лечение, провести грамотную врачебно-трудовую экспертизу, решать повседневно другие вопросы медицинского наблюдения больного.

Настоящее пособие предназначено для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям по теме: «Хронические холециститы и дискинезии желчных путей».

Методическая разработка включает в себя шесть заданий:

- I. Ознакомление с целью и целевыми задачами практического занятия;
- II. Восстановление базисных знаний, контроль исходного уровня;
- III. Изучение литературы по теме занятия, основные положения темы;
- IV. Ознакомление с планом практического занятия;
- V. Усвоение схемы ООД на практическом занятии;
- VI. Контроль усвоения схемы ООД

ЗАДАНИЕ 1.

Ознакомьтесь с целью и целевыми задачами занятия:

Цель: углубление и совершенствование знаний и практических навыков в диагностике, лечении больных с дискинезиями желчных путей и хроническими бескаменными холециститам, проведении ВТЭ, отбора на санаторно-курортное лечение, диспансеризации больных, первичной и вторичной профилактики.

Целевые задачи:

Студент должен знать:

Понятие о дискинезиях желчных путей, хронических бескаменных холециститах, этиологию, классификацию, патогенез, клинику, показания к госпитализации, лечение указанных заболеваний желчевыводящих путей.

Студент должен уметь:

1. При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез, провести внешний осмотр и физикальное обследование и поставить предварительный диагноз дискинезии желчных путей (ДЖП) и хронического бескаменного холецистита (ХБХ)
2. Назначить специальные (лабораторные и инструментальные) исследования для уточнения диагноза и правильно их интерпретировать;
3. Сформулировать развернутый диагноз
4. разработать индивидуальный план лечения больного
 - диета
 - режим физической активности

- реабилитация
 - медикаментозная терапия
5. Оценить эффективность проводимой терапии
 6. Оценить медицинские и социальные факторы и провести экспертизу трудоспособности
 7. составить схему диспансерного наблюдения больного
 8. владеть способами профилактики (первичной и вторичной)
 9. осуществлять отбор на санаторно-курортное лечение

ЗАДАНИЕ II. Восстановление базисных знаний, контроль исходного уровня..

Вам предлагается перечень вопросов для достаточности Ваших базовых знаний.

1. Определение хронической сердечной недостаточности
2. Причины развития ХСН
3. Патогенез ХСН
4. Клиническая картина ХСН
5. Лечение

Проверить свой исходный уровень Вам позволит выполнение ряда тестовых заданий.

1. Какой инфекционный агент является ведущим в развитии хронического холецистита?
 - А) стафилококк Б) стрептококк
 - В) кишечная палочка Г) все перечисленные
2. Какое осложнение наиболее характерно для хронического холецистита?
 - А) перихолецистит Б) холангит
 - В) перфорация желчного пузыря Г) водянка
 - Д) эмпиема Е) образование камней
3. Какая иррадиация болей характерна для хронического холецистита?
 - А. В правое плечо, лопатку, ключицу
 - Б) в левое плечо, лопатку, ключицу В) в правую ногу Г) все варианты
4. Для больного хроническим бескаменным холециститом в фазе ремиссии характерны:
 - А) боли в правом подреберье Б) изжога
 - В) плохая переносимость жирной пищи Г) ничего из перечисленного
5. Какой из перечисленных методов наиболее информативен в диагностике хронического холецистита?
 - А) дуоденальное зондирование Б) УЗИ
 - В) холецистография

- Г) исследование общего анализа крови
6. Дифференциальная диагностика различных моторных нарушений желчного пузыря и желчевыводящих путей возможна на основании:
- А) клинических признаков
 - Б) данных дуоденального зондирования
 - В) холецистографии
 - Г) всех перечисленных методов
7. Для хронического холецистита характерны все следующие симптомы, кроме одного:
- А) симптома Кера
 - Б) симптом Ортнера
 - В) симптом Василенко-Лепене
 - Г) Симтом Мюсси
 - Д) симптом Мюссе

Если Вы затрудняетесь в ответах, проработайте следующую литературу:

1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. Москва.: Медицина, 1987.
2. Сметнев А.С., Кукес В.Г. . Внутренние болезни. Москва.: Медицина, 1981 г.
3. Василенко. Пропедевтика внутренних болезней.

ЗАДАНИЕ III. Изучение литературы по теме занятия. Основные положения темы.
Проработайте следующую литературу по теме занятия:

ОСНОВНАЯ

1. Бокарев И.Н., Смоленский В.С. Внутренние болезни. Дифференциальная диагностика и терапия. - М.: Изд-во РОУ, 1996.
2. Померанцев В.П., Цкипури Ю.И. Основы рациональной диагностики и лечения в клинике внутренних болезней. - Тула, 1992.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Диагностика и лечение внутренних болезней (Руководство для врачей в 3 т). Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1991-92.
2. Внутренние болезни / Под ред. Е. Браунвальда и др. В 10 книгах. Пер. с англ. - М.: Медицина, 1993 -97.
3. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика заболеваний внутренних органов. - Пер. с нем. М.: Медицина, 1993.
4. Лепяхин В.К., Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С. Клиническая фармакология и фармакотерапия. - М.: Универсум, 1993.
5. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения - М., 1996.
6. Златкина А.Н. Лечение хронических болезней органов пищеварения. - М., 1994.
7. Лычев В.Г. Основы клинической гастроэнтерологии. М.: Мед. Книга. Н.Новгород. Издательство НГМА. 2000

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕМЫ

Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖП) - нарушение функции сфинктеров (прежде всего Одди, а также Люткенса, Мирици), несогласованное и неадекватное (чрезмерное или недостаточное) сокращение желчного пузыря.

Образование желчи в печени происходит непрерывно, в желчном пузыре она накапливается и концентрируется, поступая в двенадцатиперстную кишку во время пищеварения. Поступление и отток желчи осуществляется благодаря сопряженным реципрокным отношениям между желчным пузырем и конечным отделом общего желчного протока - сфинктером Одди. Выход желчи в кишку происходит при активном сокращении стенок желчного пузыря и одновременном расслаблении сфинктера Одди; расслабление пузыря сопровождается закрытием сфинктера и прекращением желчевыведения.

ДЖП может существовать как самостоятельная патология (первичная форма) при отсутствии структурных изменений (аномалии развития, приобретенные повреждения) желчевыводящих путей. Данная форма наблюдается примерно в 12% случаев всей патологии желчевыводящих путей. Чаще ДЖП вторичные, сопровождающие структурную патологию желчевыводящих путей (ЖКБ, хронический холецистит и др.), аномалии развития и другие заболевания БПДЗ. ДЖП могут предшествовать формированию органической патологии желчевыводящих путей (хронический холецистит, ЖКБ и др.). Первичной ДЖП чаще страдают женщины астенического телосложения в возрасте 20-40 лет.

Классификация ДЖП:

1. Гиперкинетическая (гипертоническая) дискинезия желчевыводящих путей
2. Гипокинетическая (гипотоническая) дискинезия желчевыводящих путей
3. Смешанная форма дискинезии

Патогенез

Возникновение ДЖП обусловлено нарушениями нервной (ваго-или симпатикотония) и гуморальной (дисбаланс ацетилхолина, катехоламинов, холецистокинина, мелатонина и других гастроинтестинальных гормонов) регуляции сократимости желчного пузыря и сфинктеров, синхронной деятельности этих структур.

Мышечная слабость желчных путей может носить конституциональный характер при несбалансированном питании, нарушении гормональных влияний. Уменьшение выработки холецистокинина приводит к гипотонии желчного пузыря. Нарушение равновесия между продукцией секретина, соматостатина и других нейропептидов оказывает определенное влияние на сократительную функцию желчного пузыря и желчевыводящих путей. Снижению тонуса мускулатуры способствует также недостаточное образование тиреоидина, окситоцина, кортикостероидных и половых гормонов. Нарушение функциональной деятельности желчного пузыря и желчевыводящих путей может быть проявлением аллергической реакции организма. Одной из причин функциональных нарушений этих органов являются интоксикации или воспалительные заболевания ЖКТ бактериальной или вирусной природы, воздействующие на нервно-мышечный аппарат желчного пузыря и протоков, вызывая повышенное раздражение интрамуральных парасимпатических нервов узлов, симпатических ганглиев и моторных нервных окончаний сфинктеров Одди, Люткенса. Особое место среди причин ДЖП занимает острый вирусный гепатит.

Болевой синдром при гиперкинетической форме ДЖП является следствием внезапного повышения давления в желчном пузыре, который сокращается при внезапно возникшей гипертонии сфинктера Люткенса или Одди. Болевой синдром при гипокинезе обусловлен преимущественным растяжением инфундибулярной части желчного пузыря.

Вторичная ДЖП чаще всего обусловлена органическими заболеваниями желчных путей, 12 п.к., поджелудочной железы.

Особенности клиники.

Дискинезия вызывает характерные болевые ощущения: колики при гипертоническом типе и тупую, давящую боль - при гипотоническом.

Общие признаки:

- > Преобладание молодых женщин (до 30 лет) астенической конституции и пониженного питания
- > Стрессовые обстоятельства, эмоциональное напряжение, астеновегетативные нарушения (раздражительность, монотонный субфебрилитет, потливость и др.), изменения менструального цикла
- > Признаки функциональной желудочной и кишечной диспепсии (тошнота, рвота, отрыжка, изжога, метеоризм, урчание и др.)
- > Пальпаторные симптомы (Кера, Ортнера и проч.) чаще отрицательные

Гиперкинетическая форма

Периодические острые приступообразные боли в правом подреберье или в правой верхней половине живота, иногда достигающие интенсивности желчной колики и отдающие в правую лопатку, плечо, а иногда в левую половину грудной клетки, в область сердца. Они возникают чаще всего в связи с нервно-психическими перегрузками, нарушениями диеты и тяжелой физической нагрузкой. Боли непродолжительные (от нескольких минут до часа). При этом не наблюдается повышения температуры тела, увеличения СОЭ, лейкоцитоза. Иногда приступы болей сопровождаются тошнотой, рвотой, нарушением функции кишечника. Нередко у таких больных возникают вазомоторный и нейровегетативный синдромы: потливость, тахикардия, гипотония, ощущение слабости, головная боль.

Возникновение приступа боли в правом подреберье обусловлено не только погрешностями в еде, но и психоэмоциональным напряжением. Многие больные отмечают повышенную раздражительность, нарушение сна, ощущение болей в области сердца, сердцебиение.

При осмотре больных кожа не изменена. Подкожный жировой слой выражен нормально, нередко даже увеличен. Пальпаторно иногда отмечается болезненность в области проекции желчного пузыря. Могут быть положительными симптомы Василенко, Кера, Мерфи. Зоны кожной гиперестезии Захарьина-Геда в большинстве случаев отсутствуют.

При пальпации живота вне периода обострения отмечается незначительная болезненность в области желчного пузыря и в подложечной области. Болевые точки, характерные для хронического холецистита, выражены не резко или отсутствуют. В межприступный период иногда сохраняется чувство тяжести в правом подреберье или ощущение давления. Боли обычно усиливаются после острых, холодных блюд, при сотрясении тела, в период менструации.

Гипокинетическая форма

Почти постоянные боли или ощущения тяжести, распирания в правом подреберье, без четкой иррадиации которые усиливаются или ослабевают (от пищи, стимулирующей сокращение желчного пузыря) после еды. Чрезмерные эмоции, а иногда и прием пищи усиливают болевые ощущения и чувство распирания в правом подреберье. Больные часто жалуются на плохой аппетит, отрыжку, тошноту, горечь во рту, вздутие живота, запор (реже понос). При пальпации - небольшая болезненность в области желчного пузыря.

Гипокинетическая форма дискинезии желчных путей наблюдается чаще у лиц с преобладанием тонуса симпатической части вегетативной нервной системы.

Смешанная форма

Сочетание или чередование признаков гипо-и гиперкинетической ДЖП

Дискинезия желчных путей может протекать и с менее выраженными клиническими симптомами, поэтому для их диагностики необходимо применять дополнительные методы исследования.

ХОЛЕЦИСТИТ

Холецистит - воспалительное заболевание, характеризующееся поражением стенки желчного пузыря, в развитии которого основную роль играет инфекция.

Острый бескаменный холецистит встречается редко, развивается вследствие панкреатобилиарного рефлюкса, повреждения стенки желчного пузыря ферментами (ферментативный холецистит) или в результате нарушения кровообращения в стенке желчного пузыря. Возникает вторично. При этом должны быть структурные или функциональные причины.

Хронический бескаменный холецистит (ХБХ) ассоциируется преимущественно с условно-патогенной микрофлорой (эшерихии, стрептококки, стафилококки, клостридии, клебсиелла и др.), проникающей в желчный пузырь лимфогенным, гематогенным и контактным (из ДПК) путем; реже - с паразитарными инвазиями (описторхоз, стронгилоидоз, аллергией). Вторым условием развития холецистита является нарушение оттока желчи при хронической непроходимости и дискинезиях ДПК, папиллите, запорах, беременности, ожирении, гиподинамии, длительном голодании, ДЖП. Наиболее часто ХБХ характеризуется поражением шеечного отдела желчного пузыря, богатого лимфатическими коллекторами, тесно соприкасающимися с брюшиной. В связи с этим клинические проявления связаны с периодически возникающим затруднением оттока желчи из пузыря.

Длительное время вопрос о выделении бескаменного холецистита оставался неясным. ХБХ должен диагностироваться методом исключения (ЖКБ, аномалии развития, гиперпластические холецистозы, опухоли, паразитарные инвазии и др.).

Все механизмы формирования холецистита можно свести к трем, тесно связанным между собой процессам:

1. Дискинезии желчных путей, аномалии развития желчных путей с образованием стаза желчи.
2. Дискринии (патологическая секреция либо печени, либо желчных путей, а также изменение их способности к всасыванию ингредиентов желчи). Повреждение слизистой оболочки желчного пузыря сильно концентрированной желчью.
3. Воспалительные и инфекционно-аллергические изменения стенок желчных путей. Сенсибилизация организма к аутомикрофлоре.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

1. Формы
 - А) бескаменный
 - Б) калькулезный
2. Течение
 - А) латентный или субклинический
 - Б) часто рецидивирующий (2 и более раз в год)
 - В) редко рецидивирующий (1 раз в 1-2 года)
3. Фазы болезни

- Б) стихающее обострение
 В) ремиссия
4. Функциональное состояние желчного пузыря и желчных путей
- А) гиперкинетическая форма
 ДЖП Б) гипокинетическая форма
 ДЖП
 В) смешанная форма ДЖП
 Д) отключенный желчный пузырь

КЛИНИКА ХБХ

Типичная форма обнаруживается более чем у 2/3 больных. Пациенты жалуются на тупые боли в правом подреберье, возникающие через 40-90 мин после еды, особенно обильной и богатой жирами, а также после тряской езды и длительного ношения тяжестей. Нередко боли возникают или усиливаются при длительном пребывании в положении сидя. Часто боль сочетается с изжогой, тошнотой, отрыжкой воздухом и пищей. У 85% больных боль отличается монотонностью, лишь у 10-15% наблюдаются редкие, сравнительно малоинтенсивные приступы желчной колики.

Менее чем у 1/3 больных наблюдаются атипичные формы. Для *кардиалгической* формы характерны длительные тупые боли в предсердной области, а также аритмии, чаще типа экстрасистолии, возникающие после обильной еды, нередко в положении лежа. На ЭКГ отмечается изменение конечного отдела желудочного комплекса - уплощение, а иногда и инверсия зубца Т.

Эзофагические формы характеризуются упорной изжогой, сочетающейся с тупой болью за грудиной. Боль отличается длительностью. Изредка возникают легкие затруднения при прохождении пищи по пищеводу (легкая непостоянная дисфагия).

Кишечные формы протекают со вздутием живота, мало интенсивной, четко не локализованной болью по всему животу, склонностью к запорам.

При всех клинических формах хронического бескаменного холецистита пальпацию области желчного пузыря желательно выполнять с соблюдением нескольких условий:

- Пальпацию в положении больного лежа на спине на жесткой кушетке дополнять пальпацией в полуповороте на левый бок (тело лежит в положении под углом 45 градусов);
- Пальпацию следует осуществлять в момент глубокого вдоха и максимального выдоха;
- Пальпацию проводить также в положении больного стоя.

Пальпация дополняется поколачиванием в области желчного пузыря. При обострении бескаменного холецистита целенаправленная пальпация с соблюдением приведенных выше условий позволяет выявить локальную болезненность у 70-80% больных. Желчный пузырь чаще всего расположен в точке пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой или нижним краем печени. У больных бескаменным холециститом локальная болезненность захватывает не только зону расположения желчного пузыря, но и участок в несколько сантиметров медиальнее и ниже.

Клиническая диагностика предполагает анализ жалоб, оценку особенностей заболевания, установление очагов инфекции в текущее время и ближайшем прошлом (хронический тонзиллит, аднексит, деструктивный аппендицит, тяжелые пищевые токсикоинфекции и другие кишечные инфекции и др.), поиск положительных симптомов (Мерфи, Кера, Ортнера, Мюсси, Пекарского, Лепене-Василенко и др.). Положительные симптомы Мерфи, Кера, Лепене-Василенко в меньшей степени могут быть выражены и в фазе ремиссии. Симптом Ортнера определяется только при обострении.

У большинства больных край печени на 1 -2 см выступает из-под реберной дуги.

Течение хронического бескаменного холецистита, особенно длительное и рецидивирующее, часто осложняется перихолециститом; часто холециститу сопутствует дискинезия желчевыводящих путей.

Осложнения.

Перихолецистит, механическая желтуха, водянка, абсцесс, эмпиема, перфорация желчного пузыря, холангит, панкреатит, неспецифический реактивный гепатит, солярный синдром.

ЗАДАНИЕ 1У. Ознакомление с планом практического занятия

Этап	Место проведения	Время	Средства обучения
Контроль исходного уровня	Учебная комната	20 мин	Тестовые задания
Тематический разбор больного преподавателем или решение ситуационных задач с последующим разбором решений	Учебная комната	60 мин	Ситуационные задачи, методические разработки Больной, тонометр, фонендоскоп, амбулаторная карта больного, история болезни
Контроль практических навыков (выписывание рецептов по теме, анализ данных дополнительных методов исследования)	Учебная комната	20 мин	Эталоны рецептов, ОАК, ЩФ, СРБ, данные дуоденального зондирования УЗИ желчного пузыря и протоков
Задание на следующее занятие	Учебная комната		
Самостоятельная работа в стационаре, поликлинике, на врачебном участке	Стационар	5 мин	Больной, тонометр, фонендоскоп, амбулаторная карта больного, история болезни
	Поликлиника Врачебный участок	2 часа	

ЗАДАНИЕ У. Усвоение схемы ООД на практическом занятии

Во время курации больного, а также при решении ситуационных задач Вам необходимо поставить развернутый диагноз заболевания, назначить лечение, провести ВТЭ, составить план диспансерного наблюдения, дальнейшей реабилитации больного. Все это предполагает определенную последовательность действий. В виде схемы она представлена в настоящем разделе.

Схема ориентировочной основы действий (ООД) при курации больного

- 1 этап. Первичный опрос и осмотр больного, в результате которых необходимо определить: есть ли у больного ДЖП и ХБХ на основании выявленных симптомов.
 - 2 этап. Выставить предварительный диагноз.
 - 3 этап. Определить объем дополнительных методов исследования.
 - 4 этап. Провести дифференциальную диагностику.
 - 5 этап. Выставить обоснованно окончательно развернутый диагноз.
 - 6 этап. Определить объем необходимой терапии.
 - 7 этап. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
 - 8 этап. Составить план диспансерного наблюдения больного.
 - 9 этап. Определить показания к санаторно-курортному лечению больного.
- Итак, перед Вами план действий. Рассмотрим каждый из этапов подробнее.

1 этап. Первичный опрос и осмотр больного.

На данном этапе выявляют:

- болевой синдром (локализация, иррадиация, характер болей, продолжительность, факторы, обуславливающие появление болей, продолжительность, факторы, обуславливающие появление болей);
- диспепсические явления (тошнота, пустая отрыжка, чувство горечи во рту, изменение аппетита, плохую переносимость некоторых видов пищи, рвота);
- вовлечение в процесс других органов (желудка - при сильных и стойких болях в эпигастральной области; кишечника - при болях в области пупка или в нижней части живота, сопровождающихся поносами или запорами; панкреатита - при болях в левом подреберье или опоясывающих; сердца - при иррадиации боли за грудину и возникновении рефлекторной стенокардии).
- Повышение температуры с развитием воспалительных явлений в желчных путях.

При изучении данных анамнеза обращают внимание на определенные генетические предпосылки - патологию гепатобилиарной системы у родственников, а также различные дискинезии желчных путей, сочетании гиподинамии в быту и на производстве с нерегулярными приемами пищи, несбалансированным питанием, недостаточной физической нагрузкой, перенесенные болезнь Боткина. Дизентерия, заболевания желудка, кишечника и пр.

При обследовании больного обратить внимание

- Есть ли желтуха (ущемление камня в области фатерова соска);
- Есть ли зоны кожной гиперестезии, преимущественно в правом подреберье и под правой лопаткой (при хроническом холецистите характерно, а при неосложненной желчнокаменной болезни и дискинезии - отсутствуют или выражены слабо);
- Повышается ли резистентность брюшной стенки в правом подреберье;
- Определяется ли болезненность в области проекции желчного пузыря (симптом Керра); при поколачивании по правому подреберью (симптом Василенко-Лепене), по реберной дуге справа (симптом Грекова-Ортнера) и при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Георгиевского-Мюсси, или френикус-симптом);
- Вовлечена ли в процесс печень (увеличены ли ее размеры, изменена ли ее консистенция);
- Вовлечена ли в процесс поджелудочная железа (есть ли болезненность характерных зон и точек, желудок, толстая кишка).

II этап. Постановка предварительного диагноза.

Первый этап схемы ООД позволяет установить определенный симптомокомплекс, укладывающийся в рамки соответствующего заболевания желчевыделительной системы (см. раздел «Основные положения темы»).

Для проведения дифференциальной диагностики и подготовки к следующему этапу - постановке окончательного развернутого диагноза необходим следующий этап:

III этап. Определение объема дополнительных методов исследования.. этап.

Дифференциальная диагностика.

1. Лабораторные и инструментальные исследования

- > *Отсутствие признаков воспалительного процесса при исследовании крови и дуоденального содержимого*
- > *Ультразвуковая холецистография.* Сократительная способность желчного пузыря оценивается в динамике от его исходных размеров и после желчегонного завтрака. Измерения производят натощак, затем каждые 5 минут в течение 20 минут после приема желчегонного завтрака, потом каждые 20 минут в течение всего периода его сокращения и последующего увеличения до достижения исходного размера. Анализируются следующие параметры, отражающие двигательную-эвакуаторную функцию желчевыделительной системы:
 - Начальный объем желчного пузыря
 - Коэффициент опорожнения, отражающий отношение минимального объема желчного пузыря после желчегонного завтрака к первоначальному объему, умноженному на 100 (в норме 50-75%)
 - Длительность латентного периода от момента приема желчегонного завтрака до начала сокращения желчного завтрака до начала сокращения желчного пузыря (в норме 5 мин), этот показатель косвенно отражает функциональное состояние сфинктера Одди
 - Продолжительность периода сокращения желчного пузыря до достижения минимального объема (в норме 45-60 мин)
 - Учитывается продолжительность полного цикла двигательной активности желчного пузыря до восстановления им первоначального объема.

Параметрами, на основании которых выносится заключение о состоянии двигательной-эвакуаторной функции, о дискинезии и ее типе, является продолжительность периода сокращения (нормальная, удлиненная, укороченная); коэффициент опорожнения, характеризующий эффективность желчеотделения (нормальный, сниженный, повышенный); состояние сфинктера Одди (тонус нормальный, гипотония, гипертонус, спазм). Ультразвуковая холецистография коррелирует с результатами рентгенологической холецистографии и на сегодняшний день является методом выбора. Важно использование однотипных желчегонных завтраков при проведении ультразвуковой и рентгенологической холецистографии и при дуоденальном зондировании.

Гиперкинетическая форма: уменьшенный, хорошо контрастированный пузырь, опорожнение которого ускорено.

Гипомоторная форма: Растянутый, увеличенный пузырь. Его опорожнение резко замедлено или не наступает после повторных введений стимуляторов пузыря рефлексом.

Рентгенологическая пероральная холецистография в настоящее время проводится реже. С помощью серии рентгенограмм изучают аналогичные параметры: длительность

периода опорожнения, динамику объема пузыря с вычислением коэффициента опорожнения, количество остаточной желчи.

Фракционное (многомоментное) дуоденальное зондирование может помочь в определении типа дискинезии, но в связи с техническими трудностями выполнения используется крайне редко.

- **трехфракционное дуоденальное зондирование**
 Гиперкинетическая форма: Возможно появление болей после введения стимулятора пузырного рефлекса. Уменьшение количества желчи порций В и С и сокращение времени желчеотделения.
 Гипомоторная форма: Уменьшение или исчезновение болей после введения стимулятора, ослабление пузырного рефлекса, замедленное выделение повышенного количества темно-коричневой (застойной) желчи.
- **Пятифракционное зондирование**
 Гиперкинетическая форма: Увеличение продолжительности 1 фазы (гипертония пузырного протока); удлинение времени закрытого сфинктера Одди (его гипертония); уменьшение продолжительности В-фазы при сохранении нормального объема пузырной желчи (гиперкинезия желчного пузыря); длительное, прерывистое выделение порции В (гипертония желчного пузыря).
 Гипомоторная форма: Удлинение фазы В и увеличение количества пузырной желчи (гипотония, гипокинезия), укорочение фазы «закрытого сфинктера Одди» (гипотония сфинктера).

ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

1. Предположение о заболевании желчных путей (симптом правого подреберья: жалобы, анамнез, объективные данные).
2. Установление признаков воспаления желчных путей.
 - Общий анализ крови: лейкоцитоз, эозинофилия (паразитарное поражение), повышенное СОЭ.
 - Биохимические пробы (неспецифические): электрофорез белков сыворотки крови, щелочная фосфатаза, С-реактивный белок, фибриноген и т.д.
 - Исследование желчи (дуоденальное зондирование): патогенная микрофлора (посев на идентификацию и чувствительность к антибиотикам), лямблии, описторхии.
 - Термометрия тела 2-3 раза в течение 5-7 дней.
 - Исследование кала на яйца описторхий - 5 дней подряд.
3. Установление наличия или отсутствия камней желчного пузыря и других органических изменений.
 - . Холецистография и холангиография (дефекты наполнения, деформация желчного пузыря и протоков).
 - . Ультразвуковая локация.
 - . Ретроградная холангиопанкреатография.
4. Установление функционального состояния желчевыводящих путей.
 - Дуоденальное зондирование.
 - 4.2. Холангиохолецистография.
5. Установление фазы течения заболевания (учащение болей, усиление диспепсических, воспалительных и местных симптомов при обострения процесса)

6. Установление заболеваний других органов и систем (холангит, гепатит, гастрит, панкреатит, энтероколит и т.д.).

Лабораторные тесты: лейкоцитоз, повышенная СОЭ, увеличение содержания С-реактивного протеина; могут регистрироваться транзиторная гипербилирубинемия, повышение уровня ЩФ, ГГТП.

Гастродуоденальное зондирование и исследование желчи могут применяться, но самостоятельного значения не имеют. Важно микробиологическое изучение желчи для этиологической расшифровки воспалительного процесса и подбора антибиотика. Микробная флора дуоденального содержимого и пузырной желчи далеко не идентична. Более корректен результат микробиологического исследования желчи, полученной посредством канюляции большого дуоденального соска при выполнении ЭГДС или при пункции желчного пузыря.

Рентгенологическая диагностика:

- У Контрастное РИ верхних отделов ЖКТ позволяет выявить косвенные признаки перихолецистита: изменение положения выходного отдела желудка, смещение луковицы ДПК вправо, деформацию нисходящего отдела ДПК и т.д.
- У Пероральная холецистография дает возможность обнаружить снижение концентрационной функции пузыря (уменьшение рентгеноконтрастности тени, отсутствие слоистости и др.), нарушения моторно-эвакуаторной функции в зависимости от преобладающего типа дискинезии, деформацию шеечного отдела пузыря и задержку его опорожнения (желчный пузырь приобретает форму шара).

УЗИ является важнейшим, достоверным и доступным методом диагностики хронического бескаменного холецистита. В норме желчный пузырь визуализируется полостным образованием продолговатой формы. Нормальная толщина стенки желчного пузыря по данным УЗИ равна 3 мм и тоньше.

Диагностические эхопризнаки ХБХ:

- У утолщение стенки желчного пузыря более 3 мм, диффузное или преимущественно в области шейки;
- У уплотнение стенки;
- У удвоение контура стенки (визуализируется передняя стенка, представляющаяся гиперэхогенной структурой); деформации пузыря различного рода (перегибы и перетяжки, фиксация к близлежащим органам, ограничение подвижности вследствие перихолецистита и др.);
- У диффузная мелкоочечная негетерогенность полости пузыря вследствие застоя содержимого.

Для корректной диагностики должны приниматься во внимание не менее 2-3 эхопризнаков.

Утолщение стенки желчного пузыря - важный диагностический эхопризнак его патологии: толщина до 3 мм считается нормальной, до 3, 5-5 мм - симптом холецистита (локальное утолщение не исключает опухолевого процесса), более 5 мм - указание на рак желчного пузыря.

4 этап. Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика в связи с применением метода исключения при настоящем аппаратном обеспечении и существующих методиках неактуальна. При отсутствии должного обеспечения дифференциальная диагностика ДЖП осуществляется с холециститом, дуоденитом, хроническими нарушениями дуоденальной проходимости (дистальный перидуоденит, артериомезентериальная компрессия 12 п.к.), язвенная

болезнь (гипертоническая ДЖП), панкреатит (гипотоническая форма) и другие заболевания. Хронический холецистит дифференцируют с первичной дискинезией желчных путей, холангитом, опухолями желчного пузыря, дуоденитами, язвенной болезнью, хроническим колитом, ИБС, правосторонней нижнедолевой пневмонией.

Преобладание в клинической картине общевегетативных симптомов с явлениями вегетативной дистонии, кратковременность болевого синдрома, отсутствие выраженной болезненности при пальпации области желчного пузыря вне периода обострения и зон кожной гиперестезии, обычно нормальная температура тела, отсутствие сдвигов в анализах крови - все это характерно для функционального расстройства моторики желчевыделительной системы.

Помимо холецистопатий, боли в правом подреберье могут вызываться

- язвой желудка и 12-перстной кишки. Боль при этом сходна с болями от хронического холецистита, перихолецистита, дискинезий. Периодичность болей при холецистопатиях не закономерна и боль при них продолжается несколько часов, редко - дней, а при язвенной болезни - много недель. Боль при холецистопатиях возникает после приема определенной пищи. Боль желчного генеза чаще иррадирует вверх, что не характерно для язвенной. Лабораторные данные, рентгеновское обследование, гастроскопия, дуоденоскопия помогают уточнить диагноз.
- спазмом коронарной артерии, который помогают установить такие симптомы как падение артериального давления, характерная ЭКГ, прочие расстройства кровообращения.
- опухолью желчного пузыря, которая проявляется следующим образом: желтуха, потеря в весе, ускоренное оседание эритроцитов, малокровие и, возможно, прощупывание опухоли в области желчного пузыря. К сожалению, ранние симптомы опухоли ничем не отличаются от симптомов обычной холецистопатии. Боли, вызванные карциномой желчного пузыря, постоянны, не зависят от приема пищи.
- хроническим гепатитом, при котором больные постоянно жалуются на давление в правом подреберье. При циррозе печени болезненности в области печени не отмечается, а если она появляется, то это означает, что к циррозу присоединился острый гепатит или холангит.
- кардиальным застоем, который сопровождается болезненностью застойной печени и диффузной болезненностью при надавливании. Резистентная, но не слишком твердая печень и другие признаки недостаточности центральной гемодинамики помогают отличить кардиальный застой от холецистопатий.
- холангитом, холангиогепатитом, которые вызывают такие же боли в области печени. Правильный диагноз ставится на основании высокой температуры, желтухи, диффузной болезненности увеличенной печени, обнаружения бактерий и лейкоцитов в дуоденальном соке (порции В и С), возможно, положительных печеночных проб, роста содержания щелочной фосфатазы.
- Болями при колитах, которые редко отмечаются только в правом подреберье и сопровождаются расстройством дефекации.

5 этап. Постановка окончательного развернутого диагноза.

Окончательный развернутый диагноз формируется в соответствии с классификацией (стр. 7, 10). Он формулируется с учетом:

1. стадии болезни: обострение, стихающее обострение, ремиссия;
2. степени тяжести течения: легкая, средней тяжести, тяжелая;
3. характера течения: рецидивирующий, монотонный, перемежающийся;

4. состояния функции желчного пузыря: сохраненная функция, , нефункционирующий, или «отключенный», желчный пузырь; дискинезия - гипокинетический или гиперкинетический тип;
5. осложнений;
6. состояния других органов и систем (хронический гепатит, хронический панкреатит и пр.). При обнаружении конкрементов в желчном пузыре целесообразно указывать желчнокаменную болезнь и отмечать осложнения, связанные с миграцией камней.

Примерные формулировки диагноза:

- Хронический холецистит, легкая форма, стадия стойкой ремиссии.
- Хронический холецистит, течение средней тяжести, в стадии обострения, холангит.
- Постхолецистэктомический синдром (если выяснена причина, его вызывающая, указать ее).

б этап. Определение объема необходимой терапии.

Прежде всего необходимо решить вопрос, где лечить больного: в поликлинике или стационаре?

Показания к лечению в стационаре:

- Обострение воспалительного процесса у больного хроническим некалькулезным и калькулезным холециститом
 - Осложнения: холецистопанкреатит, реактивный гепатит (в стадии обострения).
- Если у больного нет указанных состояний, необходимо проводить лечение в поликлинике.
Терапия ДЖП зависит от формы патологии, проводится в амбулаторных условиях.

Общие рекомендации:

- Устранение стрессовых обстоятельств, эмоционального напряжения и других психогенных факторов развития первичной ДЖП; лечение заболеваний, вызвавших вторичную ДЖП.
- Прекращение курения и употребления алкоголя, исключение приема нестероидных противовоспалительных препаратов, режим труда и отдыха, регулярная утренняя зарядка, водные процедуры, прогулки и другие оздоровительные мероприятия
- Обязательные регулярное питание, определенный ритуал приема пищи, подбор продуктов с учетом их индивидуальной переносимости и характера функциональных расстройств
- Антибактериальные препараты при выявлении НР для предупреждения структурных поражений желудка
- Различные способы психотерапии (суггестивная, поведенческая и др.) в сочетании с седативными, транквилизирующими или антидепрессивными препаратами, выбор которых зависит от характера невротических и психопатологических нарушений: ноотропы (пирацетам, аминалон), психостимуляторы (меридил, сиднокарб) и «тонизирующие» ЦНС препараты (женьшень, лимонник, элеутерококк и др.) при пониженном настроении и астенических симптомах; валокордин, валоседан, беллоид, белласпон, препараты валерианы, пустырника, ландыша, феназепам при раздражительности и бессоннице; amitriptilin, ниамид в случаях преобладания депрессивных явлений; седуксен при общем возбуждении и вегетативных проявлениях; малые дозы нейролептиков (тизерцина, этаперазина, неуплептила) при истерических реакциях; рудотель (мезапам), небольшие дозы нейролептиков у больных с ощущениями растерянности и тревоги; соннапакс при нарушениях сна, климактерических расстройствах и ипохондрическом синдроме.

- Методы седативного физиолечения (гальванический воротник по Щербакову, электрофорез с оксибутиратом натрия на область симпатических шейных узлов, хвойные ванны и др.)

При гиперкинетической форме рекомендуют дробное (4-5 раз) щадящее питание с ограничением продуктов, способствующих увеличению моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря (наваристые бульоны, жирные, мясные продукты, животные жиры, изделия из сдобного теста, растительное масло, пиво, газированные напитки, сливки, сметана, яйца всмятку и др.). Препараты антиспастического действия (дицетел, метацин, платифиллин, гастропепин, но-шпа, галидор, бускопан, нитраты и др.) назначают эпизодически по требованию или систематически короткими курсами (7-10-14 дней). Для длительного лечения предпочтительны миолитики, которые в отличие от холинолитиков не оказывают тормозящего действия на холатообразование и желчеотделение. В меньшей степени на эти процессы по сравнению с другими холинолитиками влияет бускопан, у которого преобладает спазмолитическое действие

Рекомендуются желчегонные средства преимущественно холеретического действия:

- Оксафенамид 0,25-0,5 г 3 раза за 30 мин до еды,
- Никодин 1-2 таблетки 4 раза в день за 20-30 мин до еды,
- фламин по 0,05 г 3 раза за 30 мин до еды;
- настои кукурузных рыльцев 10 г на 200 мл воды по $\frac{1}{2}$ стакана 2-3 раза за 15 мин до еды,
- бессмертника,
- зверобоя продырявленного, ромашки аптечной;
- минеральные воды низкой минерализации (нарзан, смирновская, боржом, эссенуки №№ 4 и 20) при температуре 40-45 градусов С по $\frac{1}{2}$ стакана 5-6 раз в день, 4 недели;
- беззондовые дуоденальные тюбажи 2-3 раза в неделю с минеральной водой и холосасом, настоем желчегонных трав 4-8 процедур утром натощак на правом боку с грелкой в течение 2 часов.

При гипокинетической форме рекомендуют дробное (5-6 раз в день), щадящее питание (овощи и фрукты, хлеб с отрубями или черный ржаной хлеб, пшеничные отруби, растительные и животные масла за исключением тугоплавких, сливки, сметана, яйца всмятку и другие продукты, вызывающие опорожнение желчного пузыря). Назначают

- > симпатолитические вещества беллоид, беллатаминал или кофетамин по 1 таблетке внутрь 3 раза в день за 30 мин до еды, 2-4 недели (не более 1 месяца),
- > прокинетики (улучшают сократительную способность желчного пузыря опосредованно: через улучшение моторики желудка и 12 п.к.) цизаприд, церукал по 2 мл 2-3 раза в день за 30 мин до еды в течение 5-7 дней, затем инъекции заменяют таблетками: по 10 мг 3 раза в день за 40 мин до еды в течение 7-10 дней или домперидон. Не влияя на моторику желчного пузыря, они улучшают желчеотделение благодаря нормализации тонуса сфинктера Одди и устраняют дискинетические расстройства (дуоденостаз) 12 п.к.,
- > эглонил по 50-100 мг 2 раза в день в/м в течение 7-10 дней, затем в капсулах по 50 мг 2 раза в день (в первой половине дня) еще 7-10 дней;
- > настойки китайского лимонника, женьшеня, элеутерококка и пантокрина по 30-40 капель 3 раза в день за 30 мин до еды, 1 месяц
- > желчегонные препараты, оказывающие холекинетическое действие
- циквалон (холеретик с холецистокинетическим действием) по 0,1-0,2 г 3 раза в день за 30 мин до еды,

- холецистокинин-октапептид по 50-100мкг интраназально,
- берберины бисульфат по 0,005 г 3 раза в день за 30 мин до еды,
- 10% растворы ксилита и сорбита по 50-100 мл 3 раза в день за 30 мин до еды);
- карловарская соль натуральная по 1 чайной ложке на 1/2 стакана воды 2-3 раза в день за 30 мин до еды
- танафлон (экстракт из соцветий пижмы) по 1-2 столовой ложке 3 раза в день за 30 мин до еды
- отвары петрушки (12 г на 200 мл воды) по 1/2 стакана за 15 мин до еды 3 раза в день,
- одуванчика лекарственного, тысячелистника обыкновенного;
- минеральные воды высокой минерализации (Моршинская, Эссентуки № 17, Арзни и др.) газированные и холодные по 1 стакану 3 раза в день, 4 недели. Время приема воды зависит от типа желудочной секреции: при нормальной и повышенной секреции за 1-1,5 часа до еды, при пониженной - за 20 мин до еды);
- беззондовые дуоденальные тюбажи 2-3 раза в неделю с растворами ксилита или сорбита (100 мл 10% раствора), карловарской солью, оливковым маслом (30 мл), 25% раствором сернистой магнезии, 4-8 процедур.

Лечение ДЖП проводится в течение 2-4 недель, поддерживающая терапия (систематические тюбажи 1 раз в неделю, растительные желчегонные) - более продолжительное время.

Лечение смешанной формы ДЖП

При гипотонии желчного пузыря и спазме сфинктера Одди вначале используются холеспазмолитические препараты, а затем, после прекращения болей в правом подреберье, назначаются холецистокинетики.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Большинство хирургов и терапевтов считают оперативное лечение при обычном течении болезни малоцелесообразным. Исключение составляют больные с упорным болевым синдромом и резко увеличенным в объеме желчным пузырем, а также с тяжелыми проявлениями перихолецистита.

Консервативная терапия. При обострении бескаменного холецистита целесообразен общий режим с несколько большим, чем обычно, пребыванием в постели (до 10-11 часов в сутки), пока сохраняется боль.

Назначается диета №5. По мере стихания болевого синдрома увеличивают количество овощных блюд (тертая сырая морковь, винегреты и др.); питание 4-5 разовое. При выраженном болевом синдроме (включая местную болезненность, выявляемую при пальпации и перкуссии) имеются основания предполагать воспалительный процесс преимущественно в проксимальной части пузыря.

Рекомендуется один из следующих препаратов:

- Ципрофлоксацин внутрь по 500-750 мг 2 раза в день в течение 10 дней
- В амбулаторных условиях с этой целью используют доксициклин (вибрамицин) по 0,1, 0,15 г 1-2 раза в сутки внутрь до 2 недель.
- В зависимости от степени выраженности обострения назначаются эритромицин. Первая доза 400-600 мг каждые 6 часов. Курс лечения 7-14 дней.
- По 480-960 мг 2 раза в сутки бисептол. Курс лечения 10 дней.
- Цефалоспорины - зиннат по 250-500 мг 2 раза в сутки после еды. Курс лечения 10-14 дней.

Симптоматическая лекарственная терапия используется по показаниям.

Дюспаталин (мебеверин) показан при болевом синдроме, избирательно расслабляет гладкую мускулатуру органов желудочно-кишечного тракта. Он расслабляет сфинктер Одди, при этом не вызывает гипотонии толстой кишки.

При гипомоторной дискинезии, атонии желчного пузыря показаны координакс или мотилиум, которые назначаются по 10 мг 3-4 раза в день или дебридат по 100-200 мг 3-4 раза в день или метеоспазмил по 1 капс. 3 раза в день. Курс лечения - не менее 2 недель

После стихания обострения показаны хофитол по 2-3 таб. 3 раза в день перед едой или аллохол по 2 таб. 3-4 раза в день (усиливают холерез и холекинез).

Все эти препараты применяют в течение 2-5 недель. Рекомендуется физиотерапевтическое лечение 8-12 сеансов коротковолновой диатермии на область желчного пузыря. По показаниям назначают ферментные препараты (мезим-форте, панцитрат и др.). Для коррекции функции поджелудочной железы при хронической патологии желчевыводящей системы показано применение креона 10 000 (10 000 МЕ липазы, 8000 ЕД амилазы и 600 ЕД протеаз).

После купирования обострения в качестве поддерживающей терапии, помимо диеты, обоснованы длительный прием пшеничных отрубей, периодический курсовой прием растительных лекарственных сборов (3-4 раза в год по 1, мес), беззондовые тюбажи 1 раз в 2-3 недели.

Лечебные мероприятия в фазу ремиссии ХХ включают:

1. диетический режим (типа 5 стола)
2. ЛФК (утренняя гимнастика, упражнения для брюшных мышц и проч.)
3. Физиотерапия
4. Профилактические лечебные курсы:
 - Желчегонные средства + спазмолитики или стимуляторы сократимости желчного пузыря (в зависимости от типа ДЖП) в течение 10 дней первых 2-3 месяцев после обострения в определенное время года (весна, осень) при сезонности обострений. ;-недельные курсы курсы лечения минеральными водами 2 раза в год (при ХБХ).
 - Курсовое назначение лактулозы дюфалака по 20-30 мл в сутки в течение 30 дней. Оно приводит к коррекции клинических проявлений сопутствующего запора при явлениях холестаза, параметров дислипидемии, повышению активности фагоцитарной функции нейтрофилов. Благоприятно влияет дюфалак и на состав микрофлоры кишечника.
5. Санация очагов инфекции (полость рта, ЛОР-органы, мочевыделительная система и др.).
6. Санаторно-курортное лечение (показано больным ХБХ спустя 2-4 месяца после обострения болезни).

Поддерживающая терапия проводится вне периода обострения заболевания. Большинству больных рекомендуются ежедневная ходьба не менее 6 км, утренняя гимнастика без прыжков и упражнений для брюшного пресса. Показано плавание в бассейне. Питание не должно быть избыточным, не менее 4 раз в сутки. Рацион желателен обогащать овощами, растительным маслом, запрещаются тугоплавкие жиры, холодные шипучие напитки, острые приправы, жареные блюда, особенно нежелательна обильная еда на ночь. При усилении чувства тяжести в правом подреберье или изжоги 2-3 раза в год в течение месяца проводят курс лечения желчегонными средствами.

У лиц с затянувшимся болевым и диспепсическим синдромами 1 раз в 7-10 дней проводят слепое дуоденальное зондирование. С этой целью больной натощак маленькими глотками выпивает 1,5-2 стакана горячего раствора карловарской соли (2 пакетика) или ксилита (15 г), растворенного в воде. После этого на 40-60 мин больной удобно ложится на правый бок, положив на область печени теплую грелку. Этим же больным иногда почти постоянно приходится принимать желчегонные средства.

Показания для хирургического лечения ХБХ: холецистэктомия необходима при развитии таких осложнений, как водянка, абсцесс, или «отключенный» желчный пузырь.

Реабилитация

Лечебно-физкультурные и физиотерапевтические методы должны применяться строго дифференцированно в зависимости от типа дискинезии, интенсивности воспалительного процесса в желчном пузыре, с учетом возраста, общей физической подготовки, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний.

Курс лечения осуществляется в поликлинике (кабинетах ЛФК, физиотерапии). При хорошем освоении комплекса упражнений можно разрешать заниматься ЛФК самостоятельно, дома.

При гипо- и атонии показан общеукрепляющий комплекс, повышающий общий тонус мускулатуры: ежедневная ходьба, занятия с нетяжелыми гантелями, плавание, лыжи, при этом достигается статическое и динамическое напряжение мышц брюшного пресса, наклоны туловища вперед из положения лежа, сидя, стоя, «велосипеде», поочередном или вместе подъеме ног из положения лежа, поочередном втягивании и «раздувании» живота.

При гипертонии желчного пузыря в комплекс включаются упражнения, понижающие тонус мускулатуры брюшного пресса, расслабляющие его. Перед упражнениями следует воспользоваться теплом на область правого подреберья, затем в положении лежа на спине осуществляются дыхательные упражнения. До и во время комплекса упражнений рекомендуется в течение 5-7 минут в положении лежа делать легкий самомассаж живота.

Лучший эффект достигается при длительном (до 3 недель) курсе ЛФК с применением седативных препаратов, тепловых процедур, рациональной психо-, а иногда и гипнотерапии.

При физиотерапевтических процедурах, как правило, наблюдается противовоспалительный эффект, нормализуется моторная и эвакуаторная функция желчного пузыря, желчеобразовательная функция печени. Доказан также противовоспалительный эффект лечения ультразвуком.

Другие физиотерапевтические средства - это весь комплекс тепловых процедур (от парафина до диатермии), оказывающих благоприятное влияние на течение некалькулезного холецистита с гипертонической дискинезией. Нецелесообразно назначать тепловые процедуры при сопутствующей гипо- и атонической дискинезии.

Показания	Вид физиотерапии	
	Местная	Общая
Хронический холецистит с гипермоторной дискинезией желчных путей	Электрофорез с сульфатом магния Ультразвук высокой интенсивности Индуктотермия УВЧ-терапия	Электросон Гальванический воротник по Щербаку Электрофорез с оксибутиратом натрия на область симпатических шейных узлов
Хронический холецистит с гипомоторной дискинезией желчных путей	Ультразвук низкой интенсивности Синусоидально-модулированные токи Электрофорез с хлористым кальцием или прозеринном Массаж мышц живота	Электросон Гальванизация с хлористым кальцием на воротниковую зону

7 этап. Проведение врачебно-трудовой экспертизы.

Лицам с гипермоторной дискинезией противопоказаны работа пилота, машиниста, водителя городского транспорта, любая другая деятельность, связанная с источниками повышенной опасности для окружающих, ограничивается работа, сопряженная с большой физической нагрузкой. При дискинезии гипотонически-гипомоторного типа даются рекомендации о целесообразности изменения профессии, если она связана с постоянной гиподинамией, вынужденным положением, способствующим застойным явлениям в желчном пузыре.

Противопоказана работа, связанная с резким переохлаждением и перегреванием, тяжелым физическим напряжением как при «чистых» дискинезиях, так и при холециститах.

Листок нетрудоспособности выдается при дискинезиях на 2-3 дня для уточнения диагноза.

ВТЭ ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Клинические проявления	Основные причины ВН	Сроки ВН	Виды труда		СН
			доступные	противопоказанные	
Гипертонического типа	Как правило, не сопровождается ВН,. Больничный лист следует выдавать лишь в тех случаях, когда трудно от дифференцировать от холецистита	В редких случаях 2-3 дня для уточнения диагноза	Все виды физического труда. Работа, связанная с ходьбой. Все виды интеллектуального труда с обязательным выполнением производственной гимнастики во время сидячей работы. Обязательное условие соблюдение режима питания.	Противопоказанных работ нет	Не наступает
Гипотонического типа			Наименее желательны работы в сидячем положении	Не наступает	

ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Клинические проявления	Причины ВН	Длительность ВН	Виды труда		Стойкая нетрудоспособность
			Доступные	Противопоказанные	
Легкая степень тяжести	А) обострение	6-8 дней	Умеренный физический, интеллектуальный труд. Любое нервно-психическое напряжение	Работа, связанная с большим физическим напряжением. Невозможность соблюдения диеты, режима	Не наступает. В случае наличия противопоказанных условия труда - трудоустройство через КЭК
Средняя степень тяжести	А) обострение Б) осложнения: - гепатит - холангит - панкреатит	20-23 дня	Непостоянный умеренный физический труд. Любой интеллектуальный и канцелярский труд	То же + постоянное умеренное физическое напряжение в условиях вибрации, с вынужденным положением тела. Контакт с ядами	Не наступает. В редких случаях - III-я группа инвалидности
Тяжелая степень тяжести	Те же	40-45 дней	Любой интеллектуальный и канцелярский труд. Работа, связанная с непостоянным легким физическим напряжением	То же + постоянная легкая физическая нагрузка. Длительная ходьба	Часто III группа инвалидности. При наличии осложнений - стойкая нетрудоспособность

8 этап. Составить план диспансерного наблюдения больного.

При ДЖП больные должны наблюдаться по крайней мере на протяжении года, после исчезновения его клинических признаков.

Программа предупреждения рецидивов ДЖП предусматривает нормализацию образа жизни, лечебное питание, использование ЛФК, физиотерапии и санаторно-курортного лечения.

Больные ХБХ должны наблюдаться и периодически обследоваться терапевтом или гастроэнтерологом в поликлинике не реже 2-3 раз в год, при отсутствии обострений. Объем обследований и лечебно-профилактических мероприятий может быть расширен в зависимости от состояния пациента. В таких случаях возникает необходимость в наблюдении больного лечащим врачом, а также гастроэнтерологом, хирургом, стоматологом, оториноларингологом и другими специалистами.

1 раз в год проводятся клинические анализы крови, мочи, кала, дуоденальное зондирование, биохимическое исследование крови (печеночные пробы, панкреатические ферменты), УЗИ желчных путей (или холецистография).

В процессе диспансеризации огромную роль играет активная работа врача по воспитанию пациента, повышению уровня медицинской культуры.

9 этап. Отбор на санаторно-курортное лечение

Санаторно-курортное лечение показано больным хроническим бескаменным холециститом спустя 2 месяца после обострения болезни.

Наряду с общеизвестными курортами гастроэнтерологического профиля (Арзни, Березовские минеральные воды, Ессентуки, Горячий ключ, Дорохово, Железноводск, Пятигорск, Старая Русса, Сестрорецк) целесообразно ориентироваться на местные курортные зоны. Наибольший эффект наблюдается в начальных стадиях некалькулезного хронического холецистита, при дискинезиях. Показано курортное лечение и при осложненных формах хронического холецистита в стадии ремиссии.

Противопоказанием является обострение воспалительного процесса, холелитиаз.

Чередование грязевых процедур с минеральными ваннами более эффективно, чем применение этих процедур в отдельности, а также эффективны индуктотерапия области желчного пузыря и УВЧ. Пероральное применение минеральных вод (желательно в подогретом виде) успешно сочетается с интрадуоденальным промыванием желчных путей.

Тепловые процедуры эффективны при гипермоторном типе дискинезий, малоэффективны при застойных явлениях в желчном пузыре, гипо- и атонической дискинезии.

Ответы на тестовый контроль: 1- В, 2- Е, 3 -А, 4- В, 5- Б, 6- Г, 7- Д.