

**Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное
Учреждение Высшего Образования «Северо-Осетинская
государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра внутренних болезней №4

Болезни желчевыводящих путей

учебное пособие

Владикавказ 2022г.

СОСТАВИТЕЛИ:

Зав. кафедрой – профессор З.Т. Астахова

Доценты: З.З. Дзукаева, Ж.А. Кулова, З.А. Тогузова

В пособии с современных позиций рассматриваются этиология и патогенез хронического холецистита и заболеваний желчевыводящих путей. Руководство отражает основные достижения и мировой опыт в изучении болезней билиарной системы за последние десятилетия. Особое внимание в нем уделено аспектам своевременной правильной диагностики, освещены вопросы лечебного питания и адекватной медикаментозной терапии болезней желчевыводящих путей.

Учебное пособие предназначено для интернов, ординаторов, аспирантов и врачей, обучающихся в системе дополнительного профессионального образования по специальности «Терапия», «Гастроэнтерология».

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Хронический холецистит.....	4
2. Постхолецистэктомический синдром.....	51
3. Дискинезия желчных путей.....	65
4. Первичный склерозирующий холангит.....	72
5. Бактериальный холангит.....	75
6. Рак желчного пузыря.....	76

Хронический холецистит – воспалительное заболевание желчного пузыря длительностью не менее 6 мес., протекающее с нарушением его моторно-эвакуаторной функции и циркуляции желчи.

Этиология и патогенез. Важное значение в возникновении хронического холецистита придается воспалению, иммунологической реактивности и факторам неспецифической защиты организма. Наиболее признана инфекционно-аллергическая теория патогенеза холецистита, рассматривающая его как результат сенсебилизирующего влияния различных экзоаллергенов.

Хронический бескаменный холецистит (ХБХ) может вызывать **условно-патогенная микрофлора**: кишечная палочка, стрептококк, реже – протей, синегнойная палочка, энтерококк. Среди возможных путей проникновения инфекции в билиарную систему отмечается восходящий (энтерогенный), гематогенный и лимфогенный. Развитию воспалительного процесса в желчном пузыре способствуют застой желчи в нем, изменение ее химических свойств, включая литогенность.

При наличии клиники хронического холецистита необходимо исключить паразитарные инвазии (лямблиоз, описторхоз, клонорхоз, стронгилоидоз, аскаридоз и др.).

К развитию холецистита могут привести дуоденостаз, парез желчного пузыря, застой желчи в результате стволовой ваготомии или интраоперационной травмы ветвей блуждающего нерва, повышение тонуса симпатической нервной системы после различных хирургических вмешательств, тяжелых травм, ожогов.

Дуоденобилиарный рефлюкс развивается при хроническом дуоденальном стазе с повышением давления в 12-перстной кишке, недостаточности сфинктера Одди, хроническом панкреатите. При развитии дуоденобилиарного рефлюкса происходит заброс дуоденального содержимого с активированными панкреатическими ферментами, что приводит к развитию небактериального «ферментативного», «химического» холецистита.

Микрофлора в желчном пузыре обнаруживается при хроническом холецистите лишь в 33-35% случаев. Это объясняется тем, что желчь обладает бактериостатическими свойствами. Наличие бактерий в желчном пузыре еще не является абсолютным доказательством их роли в этиологии хронического холецистита. Более важно проникновение микрофлоры в стенку желчного пузыря. Микробное воспаление желчного пузыря развивается только тогда, когда инфицирование желчи происходит на фоне застоя желчи, изменения ее свойств (дисхолии), нарушения стенки желчного пузыря, снижения защитных свойств иммунитета.

Нейродистрофические изменения стенки желчного пузыря. Развитию нейродистрофических изменений в стенке желчного пузыря способствуют дискинезии желчевыводящих путей, сопровождающие практически каждый случай хронического холецистита.

Нейроэндокринные нарушения включают в себя нарушения функции вегетативной нервной системы и эндокринной системы. В физиологических условиях симпатическая и парасимпатическая иннервация оказывает синергическое влияние на моторную функцию желчного пузыря, что благоприятствует поступлению желчи из желчного пузыря в кишечник. Повышение тонуса блуждающего нерва приводит к спастическому сокращению желчного пузыря, расслаблению сфинктера Одди, т.е. к опорожнению желчного пузыря. Симпатическая нервная система вызывает расслабление желчного пузыря и повышает тонус сфинктера Одди, что ведет к накоплению желчи в пузыре.

При дисфункции вегетативной нервной системы принцип синергизма нарушается, развивается дискинезия желчного пузыря. Гиперактивность симпатической нервной системы способствует развитию гипотонической, а гипертонус блуждающего нерва – гипертонической дискинезии желчного пузыря.

Важную роль в регуляции моторной функции желчного пузыря играет эндокринная система. Стимулируют сокращение желчного пузыря такие гормоны, как холецистокинин, панкреозимин, гастрин, глюкагон, секретин. Расслабляют желчный пузырь, тормозят опорожнение желчного пузыря нейротензин, вазоактивный интестинальный полипептид, ацетилхолин, энкефалины.

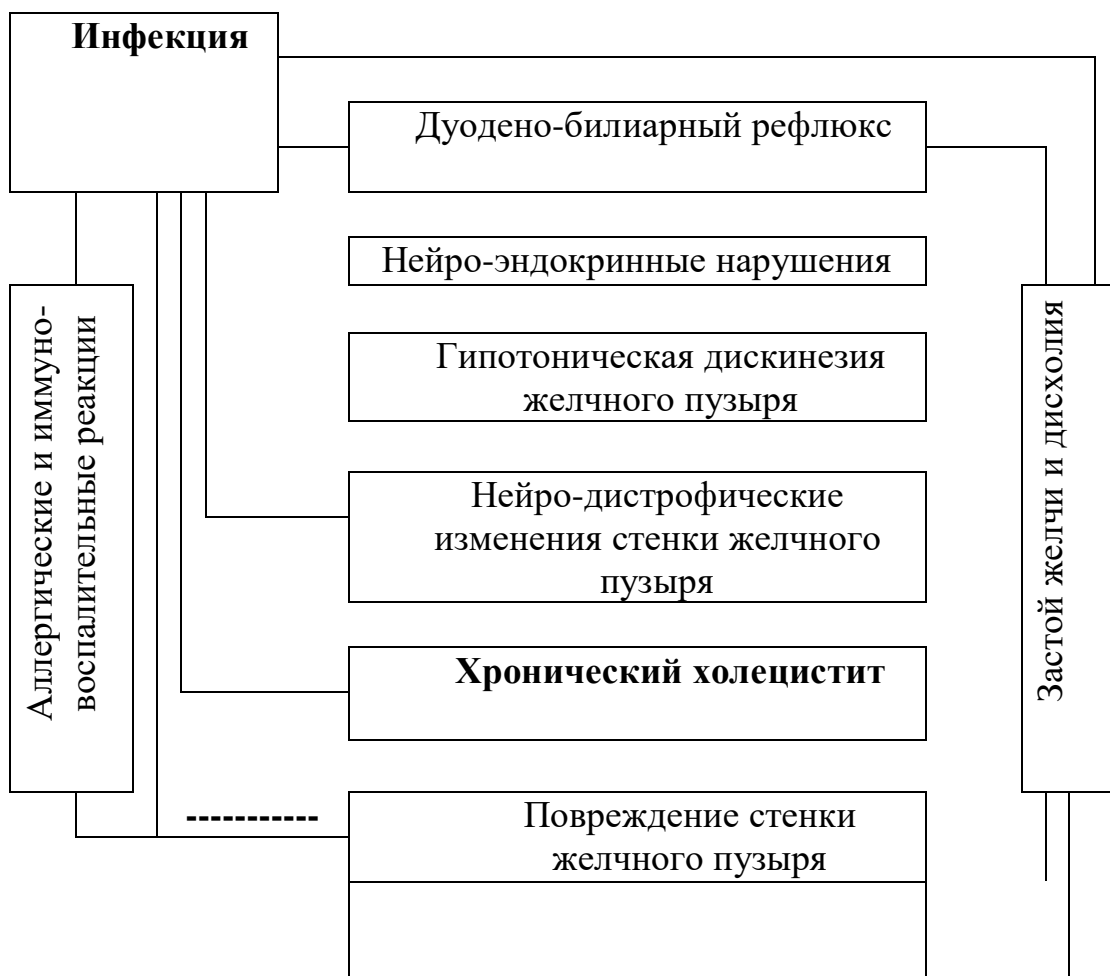
Застой и дисхолия желчи. При хроническом холецистите изменяются также физико-химические свойства желчи и ее состав (дисхолия): нарушается коллоидное равновесие желчи в пузыре, снижается содержание в ней фосфолипидов, белка, желчных кислот, увеличивается содержание билирубина, изменяется рН, что способствует поддержанию воспалительного процесса в желчном пузыре и предрасполагает к камнеобразованию.

Нарушение состояния стенки желчного пузыря:

- нарушение кровоснабжения при гипертонической болезни, атеросклерозе сосудов брюшной полости, системных васкулитах;
- длительное раздражение стенки желчного пузыря сильно сгущенной и измененной в физико-химическом отношении желчью;
- серозный отек стенки вследствие влияния токсинов, гистаминоподобных веществ.

Аллергические и иммуновоспалительные реакции. В качестве алергизирующих факторов выступают бактериальные и пищевые алергены. В дальнейшем немикробное воспаление поддерживается аутоиммунными процессами, развивающимися в результате повторных повреждений стенки желчного пузыря.

Патогенез хронического бескаменного холецистита



Клиническая картина. К основным признакам ХБХ относятся боль и диспептический синдром.

Боль – основной субъективный симптом заболевания. Локализация, интенсивность, продолжительность боли зависят от вида сопутствующей дискинезии желчевыводящих путей, сопутствующих заболеваний органов пищеварения, осложнений хронического холецистита.

Боль при ХБХ локализуется обычно в области правого подреберья, иногда – в подложечной области. Появление или усиление боли обычно связано с обильной едой, употреблением жирной, жареной, острой, слишком холодной или горячей пищи, газированных напитков, алкоголя. Нередко боль провоцируется интенсивной физической нагрузкой или психоэмоциональными стрессовыми ситуациями. ХБХ практически всегда сопровождается дискинезией желчного пузыря. При гипотоническом варианте дискинезии боли

обычно постоянные, ноющие, как правило, не достигающие большой выраженности. Иногда беспокоит не столько боль, сколько ощущение тяжести в правом подреберье.

При сопутствующей гипертонической дискинезии желчного пузыря боль носит приступообразный характер, бывает достаточно интенсивной, что связано со спастическим сокращением мускулатуры желчного пузыря. Чрезвычайно сильные боли (приступ желчной колики), как правило, наблюдаются при калькулезном или «шеечном» холецистите (преимущественно локализация в области шейки желчного пузыря).

Боль при ХБХ иррадирует в правое плечо, правую лопатку, иногда в ключицу. Происхождение боли связано со спазмом мускулатуры желчного пузыря, повышением в нем давления (при гипертонической дискинезии) или растяжением желчного пузыря, что также сопровождается повышением внутрипузырного давления.

При осложнении хронического холецистита перихолециститом боль приобретает характер так называемой соматической боли. Она обусловлена раздражением париетальной брюшины, подкожной клетчатки, кожи, иннервируемых чувствительными спинномозговыми нервами. Боль при перихолецистите носит постоянный характер, но усиливается при поворотах и наклоне туловища, резком движении правой рукой. Она может носить более распространенный характер и локализоваться в области печени. При развитии хронического панкреатита боли могут стать опоясывающими, иррадиировать в эпигастрий, левое подреберье, иногда в околопупочную область; при осложнении реактивным гепатитом – боль локализуется в области всей печени.

Диспептические жалобы. В периоде обострения хронического холецистита диспептические жалобы беспокоят довольно часто. Рвота наблюдается у 30-50 % больных и может быть обусловлена сопутствующими гастродуоденитом, панкреатитом. При сочетании с гипотонической дискинезией желчного пузыря после рвоты возможно уменьшение боли и

ощущение тяжести в области правого подреберья, при гипертонической дискинезии рвота усиливает боли. В рвотных массах можно обнаружить примесь желчи. Рвота, как и боли, провоцируется приемом алкоголя, диетическими погрешностями.

В периоде обострения ХБХ довольно часто больных беспокоят тошнота, ощущение горечи во рту, отрыжка горьким (особенно при сопутствующей гипотонической дискинезии желчного пузыря). Вследствие развития вторичного гастродуоденита, гастрита, панкреатита, энтерита появляются изжога, отрыжка «тухлым», метеоризм, снижение аппетита, диарея.

Кожный зуд. Симптом, отражающий нарушение желчевыделения и раздражение нервных окончаний кожи желчными кислотами. Наиболее характерен для желчнокаменной болезни, синдрома холестаза, но иногда может наблюдаться при некалькулезном холецистите в связи с застоем желчи.

Повышение температуры тела отмечается в периоде обострения хронического холецистита у 30-40 % больных, может сопровождаться познабливанием.

Депрессия, общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, эмоциональная лабильность, но и психотравмирующими воздействиями, а также соматогенной отягощенностью в раннем детском и юношеском возрасте (А.И. Вейн, 1974). Психоэмоциональные расстройства в свою очередь сопутствуют дисфункции желчевыводящих путей.

У 25-50 % больных ХБХ в периоде обострения возможны боли в области сердца рефлекторного генеза.

Классификация физикальных симптомов хронического холецистита (Я.С. Циммерман, 1992)

Группа симптомов	Механизм происхождения симптомов	Фаза течения хронического холецистита которую отражают симптомы
------------------	----------------------------------	---

I	Симптомы, связанные с сегментарными рефлексами билиарной системы (сегментарные рефлекторные симптомы): <ul style="list-style-type: none"> • болевые точки Макензи, Боаса; зоны кожной гипертензии Захарьина-Геда (висцерокутанные рефлексы); • симптомы Алиева, Айзенберга-1 (кутано-висцеральные рефлексы). 	Обострение хронического холецистита
II	Рефлекторные болевые точки и зоны, расположенные в правой половине тела вне сегментов иннервации билиарной системы: симптомы Мюсси, Бергмана, Ионаша, Харитоновна, Лапинского и др.	Упорное, часто рецидивирующее течение
III	Симптомы, связанные с непосредственным (Мерфи, Керра, Гаусмана, Лепене-Василенко) или опосредованным раздражением желчного пузыря (ирритативные симптомы Ортнера-Грекова, Айзенберга-II и др.)	Фаза ремиссии

Симптомы первой группы обусловлены длительным раздражением сегментарных образований вегетативной нервной системы, иннервирующих билиарную систему, и подразделяются на две группы.

1. Висцеро-кутанные рефлекторные болевые точки и зоны – характеризуются тем, что давление пальцем на органоспецифические точки кожи вызывает боль:

- болевая **точка Макензи** расположена в месте пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой;
- болевая **точка Боаса** – локализуется на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X-XI грудных позвонков;
- **зоны кожной гипертензии Захарьина-Геда** – обширные зоны выраженной болезненности и гиперчувствительности, распространяющиеся во все стороны от точек Макензи и Боаса.

2. Кутанно-висцеральные рефлекторные симптомы – характеризуются тем, что воздействие на определенные точки или зоны вызывает боли, идущие вглубь по направлению к желчному пузырю:

- **Симптом Алиева** – давление на точки Маккензи или Боаса вызывает не только местную болезненность непосредственно под пальпирующим пальцем, но и боль, идущую вглубь по направлению к желчному пузырю;
- **Симптом Айзенберга-1** – при коротком ударе или постукивании ребром ладони ниже угла правой лопатки больной наряду с локальной болезненностью ощущает выраженную иррадиацию вглубь в область желчного пузыря.

Симптомы первой группы закономерны и характерны для обострения хронического холецистита.

Симптомы второй группы обусловлены распространением иррадиации вегетативной нервной системы за пределы сегментарной иннервации билиарной системы на всю правую половину тела и правые конечности:

- затылочная точка Йонаша;
- точка Мюсси-Георгиевского;
- межлопаточная точка Харитоновна;
- бедренная точка Лапинского;
- точка правой подколенной ямки.

Симптомы третьей группы – выявляются при непосредственном или опосредственном (путем поколачивания) раздражении желчного пузыря (ирритативные симптомы). К ним относятся:

- **симптом Мерфи** – врач во время выдоха больного осторожно погружает кончики четырех полусогнутых пальцев правой руки под правую реберную

дугу в области расположения желчного пузыря, затем больной делает глубокий вдох, симптом считается положительным, если во время выдоха больной внезапно прерывает его в связи с появлением боли при соприкосновении кончиков пальцев с чувствительным воспаленным желчным пузырем. При этом на лице больного может появиться гримаса боли;

- **симптом Кера** – боль в правом подреберье в зоне желчного пузыря при глубокой пальпации;
- **симптом Гаусмана** – появление боли при коротком ударе ребром ладони ниже правой реберной дуги на высоте вдоха;
- **симптом Лепене-Василенко** – возникновение боли при нанесении отрывистых ударов кончиками пальцев на вдохе ниже правой реберной дуги;
- **симптом Ортнера-Грекова** – появление боли при поколачивании правой реберной дуги ребром ладони (боль появляется за счет сотрясения воспаленного желчного пузыря);
- **симптом Айзенберга-II** – в положении стоя больной поднимается на носки и затем быстро опускается на пятки, при положительном симптоме появляется боль в правом подреберье вследствие сотрясения воспаленного желчного пузыря.

Симптомы третьей группы имеют большое диагностическое значение, прежде всего в фазе ремиссии, тем более, что в этой фазе симптомы первых двух групп обычно отсутствуют.

Диагностика.

Дуоденальное зондирование. Этапное хромотическое дуоденальное зондирование (ЭХДЗ) по праву считают основой в диагностике нарушений желчеобразовательной функции печени, а также моторной функции билиарного тракта.

ЭХДЗ позволяет получить различные порции желчи, достоверно дифференцированные по своему происхождению, что дает возможность при проведении биохимических исследований определить качественный состав каждой порции желчи диагностировать билиарную недостаточность. Метод позволяет верифицировать литогенную желчь и объективизировать показатели процесса воспаления. Другое несомненное преимущество ЭХДЗ — возможность выявить нарушения в работе сфинктерного аппарата билиарного тракта, определить тип дискинетических расстройств.

При проведении ЭХДЗ различают шесть этапов желчевыделения.

1. Этап базальной секреции желчи. Данный этап отражает динамику выделения желчи, скопившейся в желчных протоках, секреторное давление печени вне пищеварения, а также функциональное состояние сфинктера Одди. Продолжительность этапа составляет в норме 18-22 мин, объем выделившейся желчи 26-34 мл. По окончании выделения желчи в двенадцатиперстную кишку через зонд медленно, в течение 7 мин, вводят раздражитель и на 3 мин завязывают зонд, затем его развязывают, после чего обычно выделяется несколько миллилитров введенного раздражителя.

2. Этап латентного периода желчевыделения или этап сфинктера Одди. На этом этапе желчь не выделяется. Этап характеризует холестатическое давление в билиарном тракте, готовность желчного пузыря к опорожнению и его тонус. В норме продолжительность этого этапа от 5 до 7 мин. В случаях поступления желчи в пробирку сразу или до 2 мин после развязывания дуоденального зонда можно говорить о гипертонической дискинезии желчевыводящих путей. Если в течение 7 мин желчь в пробирку не выделяется, то это свидетельствует о гипертонусе сфинктера Одди или механическом препятствии в дистальном отделе холедоха.

3. Этап сфинктера Люткенса и холедоха также относится к латентному периоду желчеотделения. У здоровых продолжительность этого этапа составляет 2-4 мин, объем выделенной из холедоха желчи — 1-5 мл.

Все три этапа составляют классическую порцию «А» дуоденального исследования.

4. Этап желчного пузыря. Показатели этого этапа характеризуют напряжение секреции желчного пузыря, величина которой отражает его эвакуаторную функцию и позволяет точно определить тип дискинезии. Опорожнение желчного пузыря вначале идет весьма интенсивно до 4 мл/мин, а затем постепенно уменьшается. Прерывистое выделение пузырной желчи указывает на диссинергизм сфинктеров Люткенса и Одди. Продолжительность этого этапа в норме составляет 30-36 мин, и за этот период выделяется 57-71 мл желчи.

5. Этап внешней секреции желчи. В норме продолжительность этого этапа в среднем составляет 22-26 мин, объем выделенной печеночной желчи 29-39 мл. У здоровых печеночная желчь выделяется монотонно, непрерывно, медленно. Прерывистое выделение желчи указывает на диссинергизм сфинктеров Мирицци и Одди. Целесообразно собирать порцию «С» в течение 1 ч и более. В норме количество желчи, собранное в течение 1 ч, составляет 72-84 мл.

6. Этап остаточной пузырной желчи. Данный этап получить не всегда удается, так как самостоятельное повторное сокращение желчного пузыря в норме у практически здорового человека происходит через 2-3 ч после дачи раздражителя. Обычно в повседневной практике к этому времени проведение дуоденального зондирования уже заканчивается. У практически здоровых лиц продолжительность этого этапа составляет 5-12 мин, и за этот период времени выделяется 10-15 мл желчи.

Четкое разделение процесса холереза на функциональные этапы позволяет достоверно диагностировать типы дискинетических расстройств и их локализацию по ходу билиарного тракта.

По данным первого этапа ЭХДЗ (базальной секреции желчи) можно судить о функциональном состоянии сфинктера Одди. Если базальная желчь

после введения зонда в ампулу двенадцатиперстной кишки не выделяется, то можно заподозрить гипертонус большого дуоденального соска. Если получена пузырная (сине-зеленая) желчь, то это указывает на гиперкинетическое состояние желчного пузыря. Третий этап ЭХДЗ характеризует состояние холедоха и сфинктера Люткенса. О сниженном тоне желчного пузыря и гипертонусе сфинктера Люткенса свидетельствует отсутствие выделения желчи по зонду за время более 7 мин.

Четвертый этап ЭХДЗ позволяет судить об эвакуаторной функции желчного пузыря и определить тип его дискинезии. Продолжительность этого этапа менее 30 мин свидетельствует о гипертонии и гиперкинезии желчного пузыря, а удлинение более 40 мин о гипотонической и гипокинетической его дискинезии. Другой диагностический критерий состояния эвакуаторной функции желчного пузыря – напряжен желчеотделения. Если оно более 2,3 мл/мин, то это свидетельствует о гиперкинетической дискинезии желчного пузыря, а если менее 1,9 мл/мин, то это говорит о гипокинезии. Дискретное выделение пузырной желчи указывает на диссинергизм сфинктеров Люткенса и Одди.

Достаточно достоверное суждение о видах дискинетических расстройств желчного пузыря возможно только после совокупного анализа и сопоставления результатов третьего и четвертого этапов ЭХДЗ.

Пятый этап характеризует согласованность функции сфинктеров Мирицци и Одди. Прерывистое выделение печеночной желчи в ампулу двенадцатиперстной кишки на данном этапе свидетельствует о диссинергизме этих сфинктеров.

Определение физико-коллоидных свойств желчи. Изучение физико-коллоидных свойств полученных в ходе ХДЗ различных порций желчи – ценная информация о физиологическом состоянии желчевыводящих путей и желчного пузыря.

В ходе исследований обращают внимание на цвет желчи, ее прозрачность, плотность и химическую реакцию (рН).

Снижение плотности пузырной желчи относительно нормы указывает на уменьшение концентрационной способности желчного пузыря, обычно в результате воспаления. Повышение плотности свидетельствует о сгущении желчи, что чаще всего встречается при латентной форме желчнокаменной болезни или гипокинетических дискинезиях желчного пузыря. Изменение рН желчи в кислую сторону часто свидетельствует о воспалительном процессе в желчевыводящих путях, что в свою очередь нарушает стабильность мицеллярного холестерина и процесса нуклеации.

Микроскопия желчи. В клинко-лабораторной практике микроскопию желчи широко применяют для выявления и подтверждения воспаления желчевыводящих путей, характеристики ее литогенных свойств и диагностики различных паразитарных заболеваний печени.

Микроскопическая картина желчи

Показатель	Характеристика
Эпителий цилиндрический	Мелкий Удлиненный Широкий
Лейкоциты в поле зрения	Мало, до 10 в поле зрения Много, свыше 10 в поле зрения
кристаллы холестерина	Единичные, до 10 в поле зрения Много, свыше 10 в поле зрения
Билирубинат кальция	Единичные, до 10 в поле зрения Много, свыше 10 в поле зрения
кристаллы жирных кислот	Единичные, до 10 в поле зрения Много, свыше 10 в поле зрения
Микролиты, паразиты, слизь	Есть Нет

Для исследования берут желчь без примеси желудочного сока. Число просматриваемых препаратов должно быть не менее 15-20. При микроскопии желчи обращают внимание на следующие элементы: 1) клетки (эпителий, обломки лейкоцитов); 2) кристаллические образования; 3) паразиты; 4) скопления слизи.

В норме желчь практически не содержит никаких клеточных элементов.

В настоящее время следует считать, что нативная желчь в течение 1-3 мин разрушает клетки крови. Разрушающее свойство зависит от содержания желчных кислот, поэтому при микроскопии желчи внимание исследователя должно сосредоточиться не на поисках лейкоцитов, которые очень быстро

Нормативы порций дуоденального зондирования

Показатели	Порция «А»	Порция «В»	Порция «С»
Количество	20-35 мл	30-60 мл	50-60 мл
Цвет	Золотисто-желтый	Темно-коричневый, темно-оливковый (при хроматическом зондировании - синезеленый)	Светло-желтый
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная	Прозрачная
Плотность, кг/л	1,00-1,015	1,016-1,035	1,007-1,011
pH	Слабощелочная реакция	6,5-7,5	7,5-8,2
Вязкость, капли/мин		68-74	
Клетки цилиндрического эпителия в поле зрения			
• мелкий эпителий внутрипеченочных желчных ходов	Единичные	Единичные	Единичные
• удлинённый эпителий общего желчного протока	Единичные	Единичные	Единичные
• широкий эпителий желчного пузыря	Единичные	Единичные	Единичные
Лейкоциты в поле зрения	до 3-5	до 10	до 3-5
Лейкоцитоподобные (округлившись клетки кишечного эпителия, похожие на лейкоциты)	до 3-5	до 10	до 3-5
Кристаллы холестерина	Единичные	Единичные	Единичные
Кристаллы кальция билирубината	Единичные	Единичные	Единичные
Кристаллы жирных кислот	Единичные	Единичные	Единичные
Микролиты	Нет	Нет	Нет
Паразиты	Нет	Нет	Нет
Билирубин, мкмоль/л	188-222	225-703	36,7-154,0
Холестерин, мкмоль/л	0,4-0,6	3,5-8,0	0,9-5,1

Желчные (холевые) кислоты, г/л	1,61-1,47	20,3-63,5	5,2-13,7
Липопротеидный комплекс, г/л	1,48-1,12	12,5-17,2	1,9-2,9
ДФА-рефракция, ед.опт.плотн.		0,05-0,098	0,07-0,073
Холатохлестериновый коэффициент	2,0-4,0	6-8	2,5-6,0
Белок, г/л		5,6-7,0	2,4-3,0
Фосфолипиды, г/л	1,4-1,6	4,0-3,4	1,8-2,0

разрушаются, а на дифференциации других элементов, в частности цилиндрического эпителия. В желчи можно различить, по крайней мере, 3 вида цилиндрического эпителия:

- 1) мелкий эпителий внутрипеченочных желчных ходов — при холангите и холецистите;
- 2) удлинённый эпителий общего желчного протока — при холедохите;
- 3) широкий эпителий — желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы и желудка.

Следует отметить, что третий вид эпителия действительно трудно дифференцировать, так как этому мешают дегенерация и распад клеток. Если же в препарате обнаруживаются микролиты, коричневые стенки желчного пузыря, то это указывает на происхождение всего комплекса из желчного пузыря или холедоха.

В желчи различных порций могут содержаться единичные кристаллы холестерина, билирубината кальция и жирных кислот, выявление их свидетельствует об изменении коллоидальной стабильности желчи.

Обнаружение кристаллов жирных кислот в несколько большем количестве свидетельствует о падении рН желчи вследствие воспалительного процесса и понижения растворимости жирных кислот.

Нахождение микролитов — компактных круглых или неправильной формы (многогранных) образований, состоящих из извести, слизи и

холестерина, в различных порциях желчи явно указывает на патологический процесс в желчных путях.

Термином «песок» обозначают мелкие, распознаваемые только под микроскопом крупинки различной величины и окраски (бесцветные, преломляющие СВЕТ, коричневые), располагающиеся пучками в хлопьях слизи. «Песок» обычно обнаруживают вместе с микролитами, кристаллами холестерина, он имеет то же значение что и микролиты. Формирование микролитов и/или «песка» связано, скорее всего с нарушением коллоидальной стабильности желчи.

Методы исследования активности воспалительного процесса в желчном пузыре.

Исследование С-реактивного белка желчи. Исследование степени активности воспалительного процесса в желчном пузыре проводится с помощью изучения С-реактивного белка в желчи унифицированным методом кольцепреципитации в капиллярах, адаптированным к желчи. Сущность метода заключается в том, что жидкость, содержащая белок острой фазы — С-реактивный протеин, образует хлопьевидный препарат при взаимодействии со специфической преципитирующей иммунной сывороткой к этому антигену.

Помимо С-реактивного белка производят исследование сиаловых кислот по методу Гесса. Метод основан на определении оптических плотностей приготовленных суспензий.

Инструментальные методы исследования. Методы визуализации желчных путей имеют первостепенное значение для диагностики заболеваний желчевыводящей системы.

Обзорная рентгенография брюшной полости используется все реже в связи с невысокой диагностической ценностью. Тем не менее с ее помощью можно обнаружить тени желчных камней, обызвествление желчного пузыря, печени и поджелудочной железы, наличие газа в полости и стенке желчного пузыря.

Пероральная холецистография. Исследование проводят с помощью йодсодержащих контрастных веществ, которые выделяются с желчью. Осложнения при использовании современных контрастных средств встречаются редко (аллергические реакции, повреждения почек).

**Диагностическая оценка методов исследования билиарной системы
[Mark S. et al., 1996]**

Метод	Диагностические преимущества	Диагностические ограничения	Комментарии
Обзорная рентгенография органов брюшной полости	Простота выполнения и невысокая стоимость	Относительно малая чувствительность	Находки патогномичны при кальцинированных желчных камнях, известковой полости желчи, эмфизематозном желчном пузыре
Пероральная холецистография	Экономичность и простота выполнения. Точность и идентификация желчных камней (90-95%). Идентификация аномалий, гиперпластического холецистоза	Противопоказана при беременности, реакции на йодированное контрастное вещество в анамнезе. Отсутствие визуализации при уровне билирубина в сыворотке крови выше 20-40 мг/л, а также если больной не может проглотить таблетку. Камни небольшого размера могут не визуализироваться. По времени более продолжительна, чем УЗИ	-
Ультразвуковое исследование	Быстрота, точность идентификации желчных камней (более 95%). Одновременное сканирование пузыря, печени, желчных протоков, поджелудочной железы, сканирование после применения желчегонного завтрака позволяет	Газы в кишечнике. Чрезмерная полнота. Асцит. Недавно проведенное исследование с бариевой клизмой	Метод выбора для обнаружения камней

	оценить объем желчного пузыря и его сократительную способность. Не ограничено желтухой или беременностью		
Радиоизотопное сканирование	Точность идентификация обструкции кистозных протоков. Одновременная оценка желчных протоков	Противопоказано при беременности, повышении уровня билирубина в сыворотке крови более 60-120 мг/л	-

Желчный пузырь удается контрастировать у 85% больных. Контрастирование желчного пузыря не наступает при снижении функции печени, уровне конъюгированного билирубина выше 84 мкмоль/л (2 мг%), нарушении всасывания йода в кишечнике, обструкции пузырного протока.

Пероральная холецистография сохраняет свое значение при определении количества, размеров и структуры камней (рентгенонегативные холестериновые или смешанные, содержащие кальций), проходимости пузырного протока и способности стенок желчного пузыря к сокращению. Эти данные особенно важны при планировании нехирургического лечения больного.

К недостаткам метода относят лучевую нагрузку, аллергические реакции на йод и невозможность проведения исследования при желтухе.

Ультразвуковое исследование — наиболее информативный метод в инструментальном обследовании больного при холестазах. Идеальные свойства желчного пузыря для УЗИ обуславливают высокую точность диагностики камней желчного пузыря (до 96%).

Для оценки функционального состояния протоковой системы и сфинктерного аппарата УЗИ оказывается малоинформативным. Верхняя граница нормы диаметра общего желчного протока составляет 6 мм, но обычно общий желчный проток имеет намного меньший диаметр: у 95% пациентов диаметр нормального общего желчного протока составляет 4 мм и меньше. Из-

за метеоризма, выраженной подкожной клетчатки общий желчный проток визуализируется не всегда или фрагментарно.

Эхографические (ультразвуковые) признаки хронического холецистита:

- диффузное утолщение стенок желчного пузыря более 3 мм и его деформация;
- уплотнение и/или слоистость стенок органа;
- уменьшение объема полости органа (сморщенный желчный пузырь);
- неомогенная полость желчного пузыря.

Заслуживают внимания и международные ультразвуковые критерии хронического бескаменного холецистита:

- утолщение и уплотнение стенок желчного пузыря > 2 мм;
- сонографический симптом Мерфи;
- увеличение размеров желчного пузыря более 5 мм от верхней границы возрастной нормы;
- наличие тени от стенок желчного пузыря;
- наличие паравезикальной эхонегативности;
- сладж-синдром.

Ультразвуковой метод позволяет обнаружить полипы и рак желчного пузыря. В настоящее время УЗИ является основным методом выявления патологии желчного пузыря при профилактических исследованиях. С помощью УЗИ можно определить уровень и причину обструкции желчных путей у 50-60% обследованных.

Для уточнения характера дискинетических расстройств желчного пузыря с помощью УЗИ исследуют объем натощак и после желчегонного завтрака. Моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря считается нормальной, если его объем к 30-40 мин уменьшается до $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ от первоначального, при этом диаметр общего желчного протока должен уменьшаться. В качестве желчегонного завтрака применяют 20 г сорбита со 100 мл воды или внутривенное введение холецистокинина в дозе 20 мг на 1 кг массы тела.

Увеличение диаметра общего желчного протока после приема пробного завтрака на 2 мм и более отражает нарушение оттока желчи, но не дает возможности верифицировать его причину.

Компьютерная томография (КТ) обладает невысокой точностью в диагностике камней желчного пузыря и протоков. Однако с ее помощью можно отличить холестериновые камни от камней, содержащих кальций, что важно при определении показаний к растворению камней и литотрипсии. КТ чаще, чем УЗИ, позволяет определить уровень и причину обструкции желчных путей.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография — эндоскопическое контрастирование через большой дуоденальный сосок желчевыводящих путей и панкреатических протоков с одновременным рентгенологическим исследованием. При проведении ЭРХПГ есть возможность забора материала для биопсии из патологически измененного фатерова соска и из стенозированных участков желчных протоков, а также провести соскоб слизистой оболочки для цитологического исследования.

ЭРХПГ даже в срочных ситуациях должно предшествовать УЗИ панкреатобилиарной системы.

Основные показания к проведению ЭРХПГ:

- клинические и ультразвуковые данные о наличии холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального соска у пациентов с сохраненным желчным пузырем;
- клинические и ультразвуковые признаки желчной гипертензии у больных после холецистэктомии;
- хронический рецидивирующий панкреатит, подозрение на опухоль поджелудочной железы при решении вопроса о целесообразности хирургического лечения;
- механическая желтуха (для установления ее причины и уровня обструкции желчных протоков).

Противопоказания к исследованию: непереносимость рентгеноконтрастных препаратов, острый панкреатит, кисты поджелудочной железы.

ЭРХПГ может сопровождаться различными осложнениями, в том числе очень тяжелыми (острый холецистит, холангит, острый панкреатит и др.), поэтому после окончания исследования всем больным назначают лечение, направленное на предупреждение развития осложнений.

ЭРХПГ хорошо выявляет камни общего желчного протока и желчного пузыря, также стриктуры протоков; она имеет особое значение при заболеваниях желчных путей без расширения внутрипеченочных желчных протоков, позволяет диагностировать врожденные аномалии желчных путей. У больных, перенесших операцию на желчных путях, метод позволяет уточнить причину постхолецистэктомического синдрома.

Эндоскопическая манометрия сфинктера Одди в настоящее время рассматривается как наиболее достоверный метод изучения его функции. Данный метод включает прямое измерение давления сфинктера с помощью специального трехпросветного катетера (через который пропускают воду), вводимого через дуоденоскоп в общий желчный или панкреатический протоки. Проксимальный конец катетера соединен с наружным преобразователем и пишущим устройством.

Давление измеряется во время медленного низведения катетера из протоков и установления его в зоне сфинктера. С помощью эндоскопической манометрии исследуют некоторые показатели, отражающие двигательную активность сфинктера.

Нормальным считается давление в общем желчном протоке, превышающее таковое в двенадцатиперстной кишке на 10-30 мм рт. ст. Давление в сфинктере Одди, составляющее в обычных условиях 18 ± 4 мм рт. ст., считается патологическим при базальном давлении сфинктера Одди выше 30-40 мм рт. ст., как для желчного, так и для панкреатического его сегментов.

Индикаторы холестатического синдрома. Холестатический синдром связан с нарушением секреции и циркуляции желчи в мельчайших желчных протоках (внутрипеченочный холестаза). При нарушении циркуляции желчи в крупных, преимущественно внепеченочных, протоках возникают подпеченочные (обтурационные) формы холестаза. Индикаторы холестатического синдрома достаточно чутко регистрируют нарушения секреции и циркуляции желчи, однако не могут дифференцировать внутрипеченочные и подпеченочные формы холестаза. Разделение этих форм холестатического синдрома производится только с помощью УЗИ и ЭРХПГ.

К индикаторам холестаза относятся ЩФ, 5-нуклеотидаза, ГГТ, холестерин, билирубин.

Повышенная активность ЩФ наблюдается при заболеваниях печени и билиарной системы, а также при поражении костей, кишечника, плаценты. Небольшие повышения активности (в 1,1-2,5 раза) возможны при острых гепатитах, хронических активных гепатитах и циррозах печени. Значительные повышения (в 3-10 раз) регистрируются при холестатическом синдроме. Безжелтушные формы внутрипеченочного и подпеченочного холестаза также могут протекать с повышением ЩФ. В случаях, когда органная принадлежность повышения ЩФ не ясна, проводят определение уровня 5-нуклеотидазы, которая повышается только при холестазе.

Выраженные гиперферментемии наблюдаются при хронической интоксикации алкоголем и лекарствами, длительном холестазе, а также при опухолях печени.

При внутри- и подпеченочном холестазе содержание холестерина сыворотки крови повышается преимущественно за счет неэстерифицированного холестерина.

Непрямой (неконъюгированный) билирубин сыворотки крови не является индикатором холестаза. Стойкое его повышение характерно для ферментопатических гипербилирубинемий (пигментных гепатозов), а также

для большей части гемолитических анемий. Внимание к билирубиновому тесту в последние годы возрастает, по-видимому, потому, что четче определено его клиническое значение. Повышение уровня прямого (конъюгированного) билирубина — чувствительный тест в индикации холестаза.

ЩФ, 5-нуклеотидазы являются в основном специфическими индикаторами холестаза, тогда как на уровень ГГТ и билирубина влияют цитолиз и другие патологические процессы в печени.

Лечение.

Больным хроническим бескаменным холециститом в фазе обострения следует употреблять свежеприготовленную пищу в теплом виде. Все блюда варят или приготавливают на пару, овощные и крупяные можно также запекать в духовом шкафу (стол № 5).

№ стола	5	5а	15
Общая характеристика			
Показания	Период полной ремиссии хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, хронических гепатитов и заболеваний желчевыводящих путей. При болезни Боткина в период выздоровления	Болезнь Боткина, хронические заболевания печени и желчевыводящих путей в период неполной и полной ремиссии при сопутствующем выраженном воспалительном процессе в желудке и кишечнике	Переход к общему питанию в период реконвалесценции
Цель	Ограничить механическое раздражение желудка и кишечника. Восстановить нарушенную функцию печени. Стимулировать желчеотделение и моторную функцию кишечника	Восстановить нарушенную функцию печени. Стимулировать желчеотделение. Ограничить механическое раздражение желудка и кишечника	Обеспечить полноценное питание. Проверить желудочно-кишечный тракт больного на переносимость пищевых продуктов
Продолжительность	При гастрите, дуодените, гастродуодените — 6 месяцев; при язвенной	При гастрите, дуодените, гастродуодените — последующие 6	От нескольких недель до нескольких лет

	болезни – 1 год	месяцев; при язвенной болезни – последующий 1 год	
Частота питания	5 раз в сутки	5 раз в сутки	4 – 5 раз в сутки
Температурный режим	Во всех диетах температура горячих блюд колеблется от 55 до 62° Очень холодные блюда и напитки исключаются категорически		
№ стола	5	5а	15
Характеристика питания			
Хлеб и хлебные изделия	Хлеб пшеничный из муки 2 сорта, из муки обойного помола, ржаной сеяный. Хлеб подсушенный или вчерашней выпечки. печенье и др. изделия из несдобного теста	Хлеб пшеничный из муки 2 сорта. Хлеб подсушенный или вчерашней выпечки. Печенье из несдобного теста	Хлеб пшеничный, ржаной из муки 1 и 2 сорта. Печенье
Супы	Из овощей, круп, макаронных изделий, на овощном отваре, молочные или фруктовые. МУКА И ОВОЩИ НЕ ПАССЕРУЮТСЯ	Из овощей, круп, вермишели на овощном отваре или молочные. Протертые супы-пюре. МУКА И ОВОЩИ НЕ ПАССЕРУЮТСЯ	Различные.
Блюда из мяса и птицы	Изделия из нежирных сортов мяса и птицы, за исключением телятины и цыплят. Отварные или запеченные с предварительным отвариванием. Тушеные (с удалением сока). Мясо и птица подаются чаще куском; допускаются изделия из котлетной массы	Изделия из нежирных сортов мяса и птицы, за исключением телятины и цыплят, отварные или приготовленные на пару. Допускаются изделия из котлетной массы, из варенного мяса в виде пюре и суфле	Разнообразные: из постного мяса и нежирных сортов птицы
Блюда из рыбы	Изделия из нежирных сортов рыбы в отварном или запеченном (после отваривания) виде	Изделия из нежирных сортов рыбы или приготовленные на пару из котлетной массы, в виде пюре или суфле	Разнообразные

№ стола	5	5а	
Блюда и гарниры из овощей и грибов	Изделия из различных видов овощей, за исключением шпината и щавеля, в сыром, отварном и печеном виде. Допускаются: зелень, некислая квашенная капуста, отварной лук. ГРИБЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ	Протертые изделия из различных видов овощей, за исключением капусты, репы, редиски, лука, шпината и щавеля, в отварном и паровом виде	
Блюда и гарниры из макаронных изделий, крупы, муки, бобовых	Разнообразные изделия из круп. Макароны только в отварном или запеченном виде. Допускаются: зеленый горошек, фасоль, соевый творог	Разнообразные изделия из круп, особенно гречневой. В виде пюре, суфле, жидких каш допускаются зеленый горошек, соевый творог, протертый, отваренный на пару	
Яйца и блюда из них	Не более одного яйца в день. В случае необходимости яйца добавляют только по кулинарным показаниям и только в блюда	Не более одного яйца в день. В случае необходимости яйца добавляют только по кулинарным показаниям и только в блюда	
Фрукты, ягоды, сладкие блюда	Разнообразные, за исключением кислых сортов, в сыром, отварном и запеченном виде. Сахар, варенье, мед	Разнообразные, за исключением кислых сортов и сортов с очень грубой клетчаткой (айва, некоторые сорта груш), в протертом, отварном и запеченном виде	
№ стола	5	5а	15
Молоко, молочные продукты, молочные блюда	Цельное, сгущенное, сухое. Сметана, творог обезжиренный. Неострые сыры. Простокваша, кефир и ацидофильное молоко. Блюда готовят в варенном и запеченном виде		Разнообразные
Соусы и пряности	Молочные, сметанные на овощном отваре; фруктово-ягодные напитки. ПРЯНОСТИ ИСКЛЮЧАЮТСЯ.	Молочные, сметанные на овощном отваре или слизи из круп; фруктово-ягодные напитки. ПРЯНОСТИ ИСКЛЮЧАЮТСЯ.	Разнообразные, перец и горчица допускаются в исключительных случаях
Закуски	Вымоченная сельдь, паюсная икра (1 раз в неделю). Салаты, винегреты, заливная рыба на желатине	ИСКЛЮЧАЮТСЯ	Разнообразные консервы в ограниченном количестве
Напитки	Чай, чай с молоком, некрепкий кофе с молоком. Сладкие фруктово-ягодные соки, томатный сок. КАКАО ИСКЛЮЧАЕТСЯ	Чай, чай с молоком, некрепкий кофе с молоком. Сладкие фруктово-ягодные соки, томатный сок. КАКАО ИСКЛЮЧАЕТСЯ	Чай, чай с молоком, некрепкий кофе с молоком. Сладкие фруктово-ягодные соки, томатный сок. КАКАО ИСКЛЮЧАЕТСЯ
Жиры	Масло сливочное, оливковое, рафинированное подсолнечное как добавка в готовое блюдо	Масло сливочное, оливковое, рафинированное подсолнечное как добавка в готовое блюдо	Масло сливочное, топленое, растительное

Основные направления медикаментозной терапии:

- антибактериальные или антипаразитарные средства (по показаниям);
- устранение болевого синдрома;
- желчегонные средства (в фазе затухающего обострения).

Антибактериальные средства:

По степени накопления в желчи разделяются на три группы:

а) присутствующие в желчи в высоких концентрациях: эритромицин (по 0,25 г 4-6 раз в день за 2 часа до еды); олеандомицин (по 0,25 г 4-6 раз в день за 30 мин до еды); ампицилина тригидрат (по 0,5 г 4-6 раз в день за 30 мин до еды); оксациллин (по 0,5 г 4-6 раз в день за 30 мин до еды); рифампицин (по 0,15 г 2-3 раза в день за 30 мин до еды);

б) накапливающиеся в желчи в концентрациях, достаточных для лечебного действия: тетрациклин (по 0,25 г 4 раза в день после еды); доксициклина гидрохлорид (по 0,1 г 2 раза в первый день и по 0,1 г 1 раз в последующие дни); бисептол (по 2 таб. 2 раза в день после еды); фуразолидон (фурадонин, фуррагин) – по 0,05-0,01 г 4 раза в день после еды;

в) проникающие в желчь слабо или непостоянно: мономицин, неомицин и другие аминогликозиды, левомицетин. Антибактериальными свойствами обладает холеретик никодин (по 0,5-1 г за 30 мин до еды 3-4 раза в день).

Проникновение антимикробных препаратов в желчь (при отсутствии обструкции желчевыводящих путей)

Очень хорошо > 5*	Хорошо > 1, но < 5*	Умеренно > 0,5, но < 1*	Плохо < 0,5*
Азитромицин	Азтреонам	Амоксициллин	Амикацин
Азлоциллин	Ампициллин	Карбенициллин	Ванкомицин
Доксициклин	Бензилпенициллин	Метронидазол	Гентамицин
Кларитромицин	Клиндамицин	Цефалотин	Имипенем
Ко-тримоксазол	Линкомицин	Цефокситин	Кетоконазол
Пиперациллин	Офлоксацин	Цефотаксим	Нетилмицин
Рифампицин	Стрептомицин	Цефуросим	Оксациллин
Рокситромицин	Хлорамфеникол		Тобрамицин
Тетрациклин	Цефазолин		Цефалексин
Цефоперазон	Цефамандол		Цефтизоксим
Цефтриаксон			
Эритромицин			

- Отношение концентрации препарата к его концентрации в сыворотке крови

Продолжительность лечения антибактериальными средствами первых двух групп – 7-10 дней. При необходимости после 3-дневного перерыва курс можно повторить с учетом выделенной из желчи микрофлоры, и ее чувствительности к антимикробным препаратам.

Противовоспалительные средства:

- индометацин (по 0,025 г 3 раза в день после еды);
- бруфен (по 0,2 г 3 раза в день после еды);
- бутадиион (по 0,15 г 4 раза в день после еды);
- циквалон (по 0,3 г (3 табл.) 3 раза в день за 30 мин до еды (холеретик с противовоспалительным действием)).

Назначаются на 7-10 дней при выраженных признаках воспаления (температура, лейкоцитоз, увеличение СОЭ и др.)

Препаратами выбора при ХБХ являются доксициклина гидрохлорид (0,05-0,1 г/сут), эритромицин (0,25 г 4 раза в сутки) или ампициллина тригидрат (по 0,5 г 4 раза в сутки). Альтернативными средствами — комбинации фторнихолон + метронидазол, цефалоспорины III поколения + клиндамицин или линкомицин, амоксициллин/клавуланат + аминогликозид.

Для устранения болевого синдрома вводят спазмолитические средства: бускопан (1 мл 1% раствора), но-шпу (2 мл 2% раствора), метацин (2 мл 1% раствора). Один из перечисленных препаратов вводят 3-4 раза в сутки, по мере уменьшения боли переходят на прием препарата с аналогичным действием внутрь, некоторые из них используют в виде суппозитория.

В клинической практике широко используют препараты, усиливающие продукцию желчи и ее поступление в кишечник. ***Желчегонные средства*** на функции пищеварительного тракта могут оказывать как положительные, так и отрицательные эффекты, если не учтены все показания и противопоказания к их назначению. Механизм действия желчегонных препаратов следующий:

- стимуляция процессов пищеварения, связанная с участием желчных кислот в гидролизе нейтрального жира и увеличением продукции

холецистокинина. секретина и желчных кислот, как следствие — усиление панкреатической секреции;

➤ активация моторной функции кишечника, обусловленная прямым действием солей желчных кислот, включая их осмотическое действие, приводящее к току жидкости в просвет кишки, повышению внутрипросветного давления, а также влиянием интестинальных гормонов (холецистокинина и др.);

➤ предупреждение избыточного бактериального роста в тонкой кишке, что обеспечивается бактерицидным действием желчных кислот, предупреждением кишечного стаза, нормализацией процессов пищеварения;

➤ стимуляция сократительной функции желчного пузыря и координации тонуса сфинктера Одди, что способствует циркуляции желчи в желчном пузыре, снижению литогенности и поддержанию ее стерильности;

➤ экскреция из организма эндогенных и экзогенных ксенобиотиков, холестерина, поддержание баланса микроэлементов (детоксикационный эффект);

➤ нормализация всасывания жирорастворимых витаминов и предупреждение развития остеопороза.

Медикаментозная коррекция процессов желчеобразования возможна на различных его этапах и включает ряд направлений:

➤ влияние на формирование зависимой и независимой от желчных кислот фракций желчи с использованием препаратов, содержащих желчные кислоты (аллохол, лиобил, холензим, фестал, панзинорм и др.) или алкалоиды, стеролы, эфирные масла растений, увеличивающих концентрацию связанного и свободного глутатиона и других анионов в каналикулах (фумария, цветки бессмертника, кукурузные рыльца, цветки пижмы и др.), или препаратов химического синтеза, повышающих осмотическое давление и способствующих току жидкости в каналикулы (оксафенамид, никодин и др.).

➤ важный механизм, активизирующий желчеобразование, — снижение давления в желчном пузыре и желчных протоках. Следовательно, препараты, стимулирующие сократительную функцию желчного пузыря и снижающие тонус сфинктера Одди, оказывают опосредованный желчегонный эффект. Большинство препаратов, обладающих указанными свойствами, реализуют свое действие через увеличение продукции холецистокинина (многоатомные спирты, сернокислая магнезия, гепабене, берберина бисульфат, кумарины и др.).

➤ Влияние на содержание солей желчных кислот в тонкой кишке, направленное как на уменьшение, так и на увеличение их в энтерогепатической циркуляции, способно также регулировать желчеобразование. Так, назначение препаратов, содержащих желчные кислоты, разрешение избыточного бактериального роста в проксимальных отделах тонкой кишки увеличивают пул желчных кислот в энтерогепатической циркуляции и оказывают желчегонный эффект. Связывание желчных кислот в кишке (холестирамин, алюминийсодержащими антацидами) и уменьшение поступления их с портальной кровью в печень, наоборот, уменьшает желчеобразование.

В зависимости от ведущего механизма действия желчегонные средства подразделяются на препараты, усиливающие продукцию желчи, — холеретики; препараты, обеспечивающие поступление желчи из желчного пузыря в кишечник, — холекинетики.

Холеретики включают 2 группы препаратов, увеличивающих продукцию фракций желчи: зависимую и независимую от желчных кислот.

В первую группу входят препараты, содержащие в своем составе желчные кислоты и их соли: компоненты бычьей желчи — аллохол, холензим, фестал и др. или эссенциальные желчные кислоты — хенодеоксихолевая, урсodeоксихолевая. Вторая группа включает средства растительного происхождения и химического синтеза: гепабене, цветки бессмертника, оксифенамид и др.

В группу холекинетиков включены препараты, стимулирующие сократительную функцию желчного пузыря: сернокислая магнезия, многоатомные спирты, домперидон, цизаприд и ряд растительных средств: гепабене, берберин и др.

Ряд желчегонных средств, например фумария (составной компонент препарата гепабене), оказывает сочетанные эффекты: холеретический, холецистокинетический и спазмолитический в отношении сфинктера Одди.

Основные показания к назначению желчегонных препаратов:

- Нормализация процессов пищеварения при ряде физиологических и патологических состояний (у пожилых, после перенесенных инфекций, при наличии заболеваний других органов и систем с нарушением питания), при хронических гастритах с секреторной недостаточностью и др.
- Первичные (как самостоятельные заболевания) и вторичные (как один из синдромов заболевания) дискинезии желчного пузыря.
- Хронические бескаменные холециститы вне обострения.
- Дисфункция сфинктера Одди.
- Токсико-метаболические поражения печени. Показано назначение комбинированных препаратов, в состав которых входит гепатопротектор .
- Гипомоторные дискинезии тонкой и толстой кишки.

Прием желчегонных препаратов, содержащих соли желчных кислот, существенно увеличивает функциональную нагрузку на гепатоциты, истощает в них содержание детоксицирующих субстанций и антиоксидантов (глутатион, сульфаты, глюкуроновая кислота и др.). Особенно это касается многокомпонентных составов лечебны: трав (желчегонные, слабительные, успокаивающие сборы), а также растительных средств китайского и тибетского происхождения. При назначении желчегонны препаратов необходимо удостовериться в отсутствии блокады тока желчи на этапах «печеночная клетка — внутри- и внепеченочная билиарная система». Абсолютными противопоказаниями к назначению желчегонных средств

являются все варианты холестаза: внутрипеченочный (гепатоцеллюлярный, каналикулярный, дуктулярный) и внепеченочный с желтухой и без желтухи. Исключением является использование урсодеоксихолевой кислоты при внутрипеченочном холестазе.

Механизмы нарушений образования желчи и методы их коррекции

При назначении препаратов, содержащих желчные кислоты, за исключением УДХК, следует учитывать, что они противопоказаны при гепатитах, циррозах печени, язвенной болезни и эрозиях слизистой оболочки ЖКТ, панкреатитах и поносах, не связанных с дефицитом желчных кислот. Желчегонные средства растительного происхождения не следует использовать при панкреатитах, кроме паренхиматозных (безболевые формы), при гепатитах и циррозах печени с наличием высокой активности и признаков печеночно-клеточной недостаточности, при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи.

Этапы формирования желчи	Механизмы нарушений	Методы коррекции
I. Печеночно-клеточный	Некрозы гепатоцитов	Лечение основного заболевания
	Блокада мембранных и внутриклеточных белков-переносчиков компонентов желчи	Для разрешения холестаза — S-адеметионин или урсодеоксихолевая кислота
II. Каналикулярный	Нарушение целостности билиарного полюса гепатоцита	Лечение основного заболевания *
	Блокада белков-переносчиков компонентов желчи	S-адеметионин или урсодеоксихолевая кислота
	Нарушение формирования желчи, изменение состава желчных кислот	
III. Дуктулярный	Повреждение эпителия желчных протоков в результате иммунологических расстройств, токсических воздействий желчных кислот	Иммуносупрессивная терапия. Урсодеоксихолевая кислота
IV. Пузырный	Нарушение концентрационной и сократительной функции желчного пузыря	Восстановление моторной функции желчного пузыря
	Дефицит желчных кислот и органи-	Желчегонные: соли

	ческих анионов в желчи. Дисфункция сфинктера Одди	желчных кислот, растительные препараты. Спазмолитики
V. Интестинальный	Билиарная недостаточность в связи с наличием: 1) блокады тока желчи в кишку в результате механических препятствий; 2) избыточного выделения желчных кислот с калом в результате нарушения их всасывания; 3) бактериальной деконъюгации желчных кислот в проксимальных отделах кишки	Хирургическое лечение. Заместительная терапия желчегонными препаратами. Деконтаминация тонкой кишки с использованием антибактериальных средств.

Одним из представителей комбинированных средств растительного происхождения является гепабене, в одной капсуле которого содержится 275 мг экстракта *Fumaria officinalis* (не менее 4,13 мг алкалоидов в пересчете на протопин) и 70-100 мг экстракта *Fructus Silibi mariani* (50 мг силимарина и 22 мг силибинина).

Основными патологическими процессами, при которых широко используются желчегонные препараты, являются заболевания билиарной системы, в первую очередь первичные и вторичные дискинезии желчевыводящих путей. Выбор тактики лечения определяется индивидуально и в каждом конкретном случае необходимо решать, назначать ли желчесодержащий препарат или средство растительного происхождения в виде монотерапии или в комплексном лечении. Ниже приведены ориентировочные схемы лечения заболеваний билиарной системы с использованием желчегонных средств.

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря при нормальной моторной функции ЖКТ (продолжительность лечения 2 недели и более):

1. Прокинетики: метоклопрамид или домперидон 5-10 мг 3 раза в день за 30 мин до еды или раствор 5-10% сернокислой магнезии по 1 ст. ложке 2-4 раза в день за 10-15 мин до еды.

2. Желчегонные препараты, содержащие желчные кислоты, или растительного происхождения: аллохол 2 драже 3 раза в день за 20 мин до

приема пищи, или холензим 1-2 драже 2-3 раза в день во время еды, или гепабене 1-2 капсулы 3 раза в день за 20-30 мин до еды.

3. При сохраняющемся после указанного лечения негомогенном составе желчи или билиарном сладже используется урсодеоксихолевая кислота 250 мг 2-3 раза в день (10 мг/кг/сут) после еды — 3-6 мес.

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря в сочетании с гастро- и/или дуоденостазом (продолжительность лечения 2 недели и более):

1. Прокинетики: метоклопрамид 5-10 мг 3 раза в день.

2. Желчегонные препараты, содержащие желчные кислоты, или растительного происхождения: аллохол 2 драже 3 раза в день за 10-20 мин до приема пищи, или холензим 1-2 драже 2-3 раза в день во время еды, или гепабене 1-2 капсулы 3 раза в день за 30 мин до еды.

3. При наличии симптомов бактериальной контаминации тонкой кишки — антибактериальные средства: фуразолидон или нифуроксазид, или интетрикс, или ципрофлоксацин, или сульфагуанидин и др. (в общепринятых дозах) в течение 5-7 дней одновременно с препаратами, указанными в пунктах 1, 2.

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря в сочетании с гипермоторной функцией кишечника (поносы) и нарушением нормального состава кишечной микрофлоры (продолжительность лечения 2 недели и более):

1. Гепабене 1-2 капсулы 3 раза в день за 30 мин до еды или через 1 ч после еды.

2. Хилак форте 30-60 капель 3 раза в день во время еды. При недостаточной эффективности проводимой терапии через 3-5 дней дополнительно назначаются кишечные адсорбенты (смекта, фосфалюгель и др.) через 1 ч после в общепринятых дозах кратковременно.

3. Галстена по 1 таб. 3 раза в день или по 10 капель 3 раза в день на протяжении 3 мес.

Желчегонные средства назначаются при ХБХ в фазе затухающего обострения в течение 2-3 недель, предпочтение отдается растительным

средствам с последующим переходом на прием препаратов, содержащих желчные кислоты (урсосан, урсофальк, аллохол, холензим и др.), продолжительностью 2-4 недели.

При назначении желчегонного средства необходимо иметь четкие представления:

- о цели назначения препарата (ожидаемый эффект);
- о механизме действия препарата (стимулирует продукцию зависимой или не зависимой от желчных кислот фракции желчи или влияет на сократительную функцию желчного пузыря);
- способны ли гепатоциты захватывать, синтезировать и выделять компоненты желчи (учитывается наличие дистрофии, некрозов, уменьшения количества функционирующих гепатоцитов и интрацеллюлярного холестаза);
- сохранена или нарушена проходимость внутрипеченочной и внепеченочной билиарной системы (стимуляция желчеобразования при наличии холестаза приводит к некрозам гепатоцитов и развитию цирроза печени);
- о последствиях изменения функционального состояния органов пищеварения, а также структуры слизистой оболочки тонкой и толстой кишки при дополнительном поступлении желчи.

Только с учетом всех указанных факторов возможен правильный и безопасный подбор желчегонных препаратов.

В профилактике обострений ХБХ и дискинезии желчного пузыря, сопутствующей ему, имеют значение соблюдение диеты, систематическая лечебная гимнастика.

Лечение больных желчнокаменной болезнью и хроническим калькулезным холециститом.

Как правило, желчные камни спонтанно не растворяются. Исключением являются камни, сформировавшиеся во время беременности. Из общего их числа примерно у одной трети возможно их исчезновение в послеродовом

периоде. Это касается небольших камней диаметром менее 0,5 см, состоящих преимущественно из холестерина. При этом следует подчеркнуть, что желчные камни с включением в их состав пигмента и кальция без внешнего воздействия обратному развитию не подвергаются.

Во время приступа желчной колики с диагностированным ранее холецистолитиазом больные нуждаются, как правило, в неотложной лечебной помощи и госпитализации в хирургический стационар. Тактика ведения больных калькулезным холециститом должна определяться хирургом, так как течение и исход ЖКБ зависят от процессов, происходящих в желчном пузыре и желчных протоках, включая воспаление осложнения. Не случайно после успешной холецистэктомии прекращаются приступы билиарной колики и исчезает угроза дальнейшего образования желчных камней, холецистолитиаз способствует прогрессированию литогенеза, развитию холецистита, обструктивных и деструктивных осложнений, угрожающих жизни больного.

Таким образом, патогенетическим методом лечения больного ЖКБ является оперативный. Операция показана во всех случаях, когда присоединяются ранние клинические симптомы калькулезного холецистита (колики, лихорадка, отсутствие стойкой ремиссии в промежутках между приступами).

Оперативное лечение показано даже при маловыраженной клинической картине фонического калькулезного холецистита, но при наличии крупных (более 3 см) конкрементов, создающих опасность возникновения пролежней и мелких (5 мм и менее) камней вследствие возможности их выхода в желчные протоки с развитием острого холецистита, холедохита и холангита.

В идеале необходимо проводить плановую операцию до рецидивирующих приступов, при отсутствии осложнений и сопутствующей патологии.

Абсолютные показания к операции:

1. Острый холецистит.

2. Хронический холецистит с обычным анамнезом (рецидивирующие желчные колики) и нефункционирующий желчный пузырь по данным УЗИ или холецистографии.

3. Камни общего желчного протока:

- в возрасте менее 70 лет — ЭРХПГ, сфинктеротомия, по показаниям — холецистэктомия;
- в возрасте старше 70 лет и при наличии большого операционного риска эндоскопическая сфинктеротомия дает меньшую летальность, но риск рецидива холедохолитиаза остается.
- гангрена желчного пузыря — срочная холецистостомия (более безопасна, чем холецистэктомия), в дальнейшем возможно проведение холецистэктомии.
- кишечная непроходимость, обусловленная желчным камнем, — операция с устранением кишечной обструкции с последующим проведением холецистэктомии.

Относительные показания к операции: хронический калькулезный холецистит.

При этом необходимо исключить язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, хронический панкреатит, болезни мочевыделительной системы, которые могут иметь симптомы, симулирующие хронический холецистит.

В настоящее время в медицинских учреждениях применяют три способа удаления желчного пузыря: лапароскопический, хирургический из минимального операционного доступа и из стандартной лапаротомии.

По мере прогрессирования болезни, и особенно при возникновении осложнений, показания к хирургическому лечению расширяются и в ряде случаев становятся абсолютными.

Консервативные подходы к лечению неосложненного холецистолитиаза.

Показания к консервативному лечению хронического калькулезного холецистита:

- больные, которые не дают согласия на операцию;
- больные, имеющие высокий хирургический риск (наличие сопутствующих заболеваний, пожилой возраст и др.);
- больной должен иметь желание проводить лечение в течение длительного времени и знать, что при прекращении лечения возможны рецидивы.

В случае отказа больных холелитиазом от операции или при наличии крайне высокого риска развития осложнений могут быть рекомендованы следующие методы:

- прием внутрь препаратов желчных кислот (хенодеоксихолевой и урсodeоксихолевой);
- метил-tert-бутиловый эфир;
- экстракорпоральная коротковолновая литотрипсия.

Терапия препаратами желчных кислот. В лечении желчнокаменной болезни применяют препараты двух дегидроксилированных желчных кислот — хенодеоксихолевой (ХДХК) и урсodeоксихолевой (УДХК).

УДХК и обмен холестерина. Основные эффекты УДХК на обмен холестерина включают снижение секреции холестерина в желчь, уменьшение

Международные рекомендации по отбору пациентов с холелитиазом для хирургического лечения

Клиническая ситуация	Основная характеристика	
	При обследовании обнаружено	Показания к операции
Нет симптомов	Только холецистолитиаз Холецистолитиаз + нефункционирующий желчный пузырь	Нет (2 балла) +/- (3 балла)
Есть симптомы	Только холецистолитиаз Холецистолитиаз + нефункционирующий желчный	+/- (3 балла) ++ (4 балла) +++ (5 баллов)

	пузырь То же + дилатация холедоха	
Печеночная колика: впервые возникшая	Холецистолитиаз Холецистолитиаз + нефункционирующий желчный пузырь То же + дилатация холедоха	+/- (4 балла) ++ (5 баллов) +++ (6 баллов)
Печеночная колика рецидивирующая	Холецистолитиаз Холецистолитиаз + нефункционирующий желчный пузырь То же + дилатация общего желчного протока	+/- (4 балла) ++ (5 баллов) +++ (6 баллов)
: Острый холецистит	Холецистолитиаз Холецистолитиаз + любые другие осложнения	++ (5 баллов) +++ (6 баллов)
Острый панкреатит	Холецистолитиаз Холецистолитиаз + любые другие осложнения	++ (6 баллов) +++ (7 баллов)
Рецидивирующий панкреатит	Холецистолитиаз Холецистолитиаз + любые другие осложнения	++ (7 баллов) +++ (8 баллов)
Обтурационная желтуха	Любые камни	+++ (8 баллов)

Примечание. Показания к хирургическому лечению определяют по сумме баллов: до 3 — показаний нет; от 3 до 5 — показания сомнительные (+/-); 5 баллов и выше — имеются показания (++, +++). Сумма баллов определяется путем прибавления к цифре из 1-й графы цифры из 2-й графы.

кишечной абсорбции холестерина и стимуляцию выхода холестерина из камней в желчь. УДХК оказывает также умеренный подавляющий эффект на синтез холестерина в печени, тормозя ГМК-КоА-редуктазу, замещает токсичные свойства желчных кислот и связанные с ними эффекты.

УДХК конкурирует с токсичными желчными кислотами в процессе абсорбции в тонкой кишке и на мембране гепатоцита. При пероральном приеме в общем пуле желчных кислот доля УДХК увеличивается до 60%. Это приводит к уменьшению всасывания токсичных желчных кислот и поступлению их в печень, что объясняет цитопротективные свойства УДХК. Эти же свойства обеспечиваются и другими механизмами. В частности, УДХК способна встраиваться в клеточную мембрану, которая становится более устойчивой к повреждающему действию токсичных желчных кислот и продуктам метаболизма этанола. УДХК предотвращает также другие эффекты токсичных желчных кислот: дисфункцию митохондрий, выход цитохрома С из

мембран в цитозоль клетки с последующим развитием апоптоза, нарушение гомеостаза клеточных ионов и клеточной смерти посредством некроза.

Характеристика терапевтических возможностей лечения при ЖКБ (Руководящие принципы Academy of Family Physicians (AAF), 2000)

Вариант лечения	Достоинства	Недостатки
Пероральная литолитическая терапия УДХК (урсофальк, актигол) 8-10 мг на 1 кг массы тела в сутки	Эффективность лечения 30-90% с нулевой летальностью	В 50% рецидив возможен только при некальцинированных камнях размером менее 5 мм. симптомы персистируют в течение 6 недель, длительность литолиза достигает 24 мес.
Контактный литолиз: Метил-tert-бутиловый эфир	Эффективность 50-90%	В 70% случаев возникают рецидивы, описано развитие гемолиза, нефротического синдрома, тяжелых дуоденитов
Экстракорпоральная литотрипсия	Эффективность 70-90%, летальность 0,1%	В 70% случаев возникают рецидивы, возможна только при наличии опытного специалиста и специального оборудования, только при наличии единичного камня размером не более 20 мм и только при функционирующем желчном пузыре

С замещением токсичных желчных кислот связываются и иммуномодулирующие свойства УДХК. Накопление токсичных желчных кислот при холестазах индуцирует экспрессию молекул главного комплекса гистосовместимости I и II классов на мембранах гепатоцитов и холангиоцитов, что способствует их распознаванию с последующей деструкцией цитотоксическими Т-лимфоцитами. Уменьшая количество токсичных желчных кислот, УДХК приводит к подавлению этого процесса.

Стимуляция желчной секреции. Увеличение секреции и стимулирующее воздействие на транспорт желчных кислот и органических анионов в гепатоцитах при назначении УДХК оказывают положительное влияние на холестаза.

В дополнение к этому описано стимулирующее действие УДХК на экзоцитоз и включение белков-транспортеров желчных кислот в канальцевую

мембрану гепатоцита, а также стимуляция экспрессии транспортных систем (хлорид-бикарбонатного анионообменника) в билиарном эпителии, что также улучшает отток желчи.

Антифибротический эффект. В экспериментальных моделях показан ингибирующий эффект УДХК на пролиферативную активность человеческих фибробластов, стимулированную фактором роста тромбоцитарного происхождения.

Описываются также антиоксидантные свойства, изменение метаболизма простагландинов и жирных кислот, влияние на регенерацию печени при приеме УДХК. Эти эффекты связываются с воздействием на систему цитокинов.

Показания к применению данных препаратов включают:

- обнаружение рентгенопрозрачных камней при обзорной рентгенографии брюшной полости (или компьютерной томографии);
- сохраненная функция желчного пузыря, выявляемая при пероральной холецистографии или HIDA-сцинтиграфии;
- сохранность кишечно-печеночной циркуляции.

К противопоказаниям применения вышеуказанных препаратов относятся:

- обнаружение кальцифицированных камней, которые невозможно растворить;
- функциональная недостаточности желчного пузыря, приводящая к нарушению поступления желчных кислот в кишку и накоплению их в желчном пузыре;
- заболевания или резекция подвздошной кишки, вызывающие нарушения всасывания принятых внутрь желчных кислот;
- тяжелое течение ЖКБ с частыми приступами билиарной колики;
- острые воспалительные заболевания желчного пузыря и желчных протоков;

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- беременность.

Целесообразно использовать УДХК из расчета 8-12 мг/кг/сут в виде однократной дозы в течение 4 мес. Поддерживающая терапия препаратом (4-6 мг/кг/сут) продолжается в среднем в течение 2 лет.

Полное растворение рентгенонегативных камней достигается в 15-50% случаев. Маленькие камни (< 5 мм в диаметре) поддаются растворению лучше, чем крупные. Желчные камни более 2 см в диаметре растворяются крайне редко. Успешное растворение некрупных камней (1-3 мм), свободно плавающих в пузырной желчи, наблюдается более чем в 80% случаев.

К недостаткам пероральной терапии препаратами желчных кислот причисляют медленное растворение камней и достижение хорошего эффекта только у незначительного числа пациентов (не страдающих ожирением, с диаметром камней менее 5 мм, с рентгенонегативными камнями). Частота рецидивов желчнокаменной болезни высока даже при полном растворении желчных камней (приблизительно 10% в год в течение первых 5 лет). У пациенток, имеющих несколько камней до начала лечения, риск рецидивирования заболевания выше, чем таковой у больных, у которых был обнаружен только один камень.

Экстракорпоральная коротковолновая литотрипсия (ЭКЛТ) — эффективный метод разрушения камней как в желчном пузыре, так и общем желчном протоке.

Метод неинвазивного дробления конкрементов желчного пузыря вошел в медицинскую практику в 1985 г. Появление этого метода породило у врачей надежду на возможность его широкого использования, что позволило бы многим больным избежать операции. Однако первые наблюдения показали, что далеко не каждому больному можно рекомендовать эту лечебную процедуру и не во всех случаях достигается положительный результат. Для получения лечебного эффекта необходим строгий отбор больных. Опыт показывает, что

эффективность ЭКЛТ зависит от свойств конкрементов, определяющих успех их фрагментации и элиминации, а также от функционального состояния желчного пузыря, определяющего частоту развития осложнений и побочных эффектов периода элиминации и ранних рецидивов камне-образования.

Критерии отбора больных с холецистолитиазом (с симптоматической и бессимптомной формами заболевания) для проведения ЭКЛТ: единичные и немногочисленные (2-4) конкременты, занимающие менее $\frac{1}{2}$ объема желчного пузыря; сохраненная сократительно-эвакуаторная функция желчного пузыря.

ЭКЛТ желчных камней всегда сочетается с пероральным приемом препаратов желчных кислот. При применении ЭКЛТ большие камни фрагментируются на мелкие, суммарная площадь поверхности увеличивается, вследствие чего происходит более быстрое растворение камней при использовании препаратов желчных кислот. При наличии одного камня диаметром более 30 мм литотрипсия с сочетанием с пероральным приемом препаратов желчных кислот оказывается эффективной у 40-50% пациентов.

Противопоказания к применению ЭКЛТ: множественный холецистолитиаз, занимающий более $\frac{1}{2}$ объема желчного пузыря; кальцинированные камни; снижение сократительно-эвакуаторной функции желчного пузыря и «отключенный» желчный пузырь; конкременты желчных протоков и билиарная обструкция; невозможность проведения энтерального литолизиса после дробления конкрементов (гастродуоденальная язва, аллергия); беременность.

О результатах литотрипсии судят через 3-18 мес., когда происходит освобождение желчного пузыря от фрагментов камней. В ближайшем и отдаленном периодах процесс элиминации фрагментов может давать осложнения в виде приступов желчных колик, острого холецистита, обтурационной желтухи и острого панкреатита. Следует отметить, что эти осложнения возникают редко. При строгом отборе больных хорошие результаты лечения (полное освобождение желчного пузыря от конкрементов)

наблюдается у 65-70% больных. Неудовлетворительные результаты ЭКЛТ, когда фрагменты не выходят из желчного пузыря или, напротив, увеличиваются в размерах, связаны либо с неправильной оценкой функции* желчного пузыря, либо с качественным составом камней.

Физиотерапевтические и курортные факторы в лечении больных хроническим холециститом. Минеральные воды используются для внутреннего и наружного применения в виде ванн, душей и т.д. Минеральные воды стимулируют процессы желчеобразования и желчевыделения. Вместе с усиленным током желчи из желчного пузыря и желчных путей удаляется имеющаяся в них микрофлора, лейкоциты, слизь, клеточный детрит. Усиливается выведение желчных пигментов, разжижается желчь, улучшаются ее физико-химические свойства, уменьшается вязкость, увеличиваются щелочность и содержание в ней билирубина, повышается удельный вес. Таким образом, под влиянием минеральных вод уменьшаются застой желчи и воспалительные явления в желчных путях. Одновременно улучшается функционирование печени и других органов системы пищеварения.

1. Выбор минеральной воды.

Для лечения используются воды, содержащие сульфатный ион. Сульфатный ион, соединяясь с магнием и натрием, оказывает желчегонный и холекинетический эффект, улучшает коллоидную стабильность желчи за счет образования комплекса кальция с желчными кислотами и уменьшает вероятность образования желчных камней.

Для лечения больных хроническими холециститами, дискинезиями желчевыводящих путей и гепатитами используются гидрокарбонатно-сульфатные минеральные воды «Славяновская» и «Джермук», хлоридно-сульфатная вода «Ижевская», а также гидрокарбонатно-хлоридно-натриевые воды «Ессентуки № 4», «Ессентуки № 17», «Боржоми», «Березовская». Лечебный желчегонный эффект «Нафтуси» обусловлен к тому же содержащимися в ней органическими соединениями.

2. Время приема минеральной воды.

Вопрос об интервале между приемом воды и приемом пищи решается в зависимости от состояния секреторной функции желудка. При пониженной секреторной активности воду пьют за 30 мин до еды, а при повышенной секреции — за 1,0-1,5 ч до приема пищи. При неизменной секреторной функции желудка для выведения в кишечник разжиженной желчи воду пьют за 45 мин до еды. Если ставится задача промыть желчный пузырь, то воду следует принимать дважды: за 1,0-1,5 ч до еды (в это время желчь поступает в желчный пузырь) и второй раз за 20-30 мин до приема пищи, чтобы вызвать рефлекс на желчный пузырь и поступление желчи в кишечник.

3. Температурный режим.

Вода должна быть горячей: 40-45-50 °С. Возможно употребление и теплой воды: 25-30 °С. Холодную же воду назначать нельзя, так как эта вода может вызвать резкие боли и длительный спазм желчных путей. Горячая же вода, снимая спазм желчных путей, оказывает болеутоляющий эффект. Бутылочную воду подогревают до нужной температуры на водяной бане.

4. Доза минеральной воды.

Разовая доза — 200-250 мл. В начале лечения и при повышенной чувствительности к минеральной воде доза должна быть меньше — 100-150 мл. Принимают воду 3 раза в день до еды. Курс лечения составляет от 3 до 5 недель, в среднем 4 недели.

Кавказские минеральные воды являются значительными стимуляторами желчеобразования, причем слабоминерализованные воды, такие как «Славяновская» или кисловодский «Нарзан», оказывают наиболее длительное воздействие, а «Ессентуки № 17» действуют более интенсивно, но эффект их носит кратковременный характер.

Кроме питьевого лечения больным назначают еще внутренний или дуоденальный дренаж. В двенадцатиперстную кишку через тонкий зонд вливают 200-300 мл подогретой минеральной воды, что вызывает выделение

желчи в кишечник. Таким образом, через зонд может быть откачено от 100 мл желчи и более. Для усиления оттока желчи к некоторым слабо действующим минеральным водам добавляют 1 чайную ложку сернокислой магнезии. Через 3-4 дня дренаж повторяют. Курс лечения состоит из 6-12 дренажей. При этой процедуре вместе с желчью удаляются продукты воспаления, что способствует улучшению течения хронического холецистита.

Минеральные воды назначают также в ваннах: углекисло-сероводородных, серно-щелочных, соляно-щелочных в Ессентуках, серных — в Пятигорске. Кроме того, показаны хвойные и радоновые ванны. Температура воды индифферентная — 36-37 °С. Продолжительность приема ванны составляет 10-15 мин. На курс — 8-10 ванн через день.

При хроническом холецистите для улучшения функционирования нервной системы применяются души.

Грязелечение при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей. Грязевые аппликации накладывают на область правого подреберья и правой половины поясницы при температуре 42 °С. Продолжительность процедуры — 15 мин. Курс лечения включает 8-10 грязевых аппликаций.

Назначают и гальваногрязелечение при температуре 40-42 °С, силе тока 30- 40 мА. Продолжительность процедуры — 15 мин. Курс состоит из 8-10 сеансов через день.

Грязелечение целесообразно использовать при обоих типах дискинезии. При гипермоторном оно уменьшает сократительную реакцию желчного пузыря на желчегонный завтрак, а при гипомоторном — активизирует сокращение желчного пузыря.

При калькулезном холецистите грязи противопоказаны, так как стимулируют сократительную активность желчного пузыря и могут вызвать движение камней. Кроме того, грязь повышает литогенность желчи. Но противовоспалительный эффект грязелечения более существен, поэтому при

патологии билиарной системы в комплекс лечебных базовых мероприятий входят и грязевые аппликации.

Рекомендуемые курорты: Березовские минеральные воды, Белокуриха, Боржоми. Ессентуки, Железноводск, Ижевск, Краинка, Нижние Серьги, Пятигорск, Трускавец, Усть-Качка.

Курортное и физиотерапевтическое лечение противопоказано больным в фазе обострения заболевания, циррозами печени, больным желтухой любого происхождения, опухолями, эхинококкозом печени.

Профилактика холелитиаза. В профилактике ЖКБ существенное значение имеет объективная и правильная оценка факторов риска холелитиаза.

С практической точки зрения весьма важными факторами риска являются так называемые управляемые факторы, прежде всего ожирение и/или избыток массы тела и использование низкокалорийных диет или голода для редуцирования массы тела.

Установлено, что риск развития ЖКБ, наряду с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и ИБС, возрастает по мере увеличения степени ожирения, при этом индекс массы тела (ИМТ) более 35 увеличивает риск в 20 раз как у женщин, так и у мужчин. Более того, у женщин с ИМТ в пределах 25-29,9 (избыток массы тела, но не ожирение) также повышен риск развития ЖКБ. Следовательно, для снижения степени риска развития ЖКБ ИМТ необходимо поддерживать на уровне 19,5-21,9 как у женщин, так и у мужчин.

Основными факторами риска при использовании редуцирующих диет авторы считают уменьшение массы тела более чем на 24% от первоначальной, скорость уменьшения массы тела на 1,5 кг и более за неделю, применение диет с очень низкой общей калорийностью, не содержащих жира.

Одним из важных факторов профилактики ЖКБ является физическая активность. Модулируя физическую активность в 34% случаев можно уменьшить риск развития симптомной формы ЖКБ, для чего необходимо

выполнять физические упражнения не менее чем по 30 мин в день 5 дней в неделю.

Для профилактики образования желчных сладжей или камней рекомендуют:

- ограничение (но не исключение) приема продуктов, содержащих холестерин (жиры животного происхождения) и жирные кислоты (жиры, прошедшие термическую обработку при температуре выше 100 °С);
- регулярный 4-6-кратный прием пищи;
- добавление в пищевой рацион пищевых волокон в виде продуктов растительного происхождения или пищевых добавок (отруби и т.д.), отруби могут применяться в виде готовых продуктов (каша, хлеб) и патентованных препаратов;
- при избыточной массе тела — медленное ее снижение;
- при использовании низкокалорийных диет (2110 кДж/сут и ниже), голодании необходимо дополнительное назначение урсодеооксиголевой кислоты в дозе 10 мг/кг/сут;
- обеспечение ежедневного эффективного стула.

Следовательно, первичная профилактика ЖКБ имеет социальное значение и связана с такими общими проблемами, как планирование беременности, улучшение социально-экономического статуса, рациональное снижение массы тела, индивидуализация медикаментозного лечения ряда заболеваний и т.д.

В медицинском отношении первичная профилактика предполагает в первую очередь выделение групп риска на основании сочетания факторов риска, включая патогенетические факторы формирования болезни.

Вторичная профилактика основывается на предупреждении развития осложнений заболевания. При холелитиазе ключевыми моментами такой профилактики являются рациональное взаимодействие терапевта и хирурга и формирование групп пациентов, у которых выявлены неблагоприятные

прогностические факторы. Такое взаимодействие строится на основе согласованных представлений о формировании групп пациентов, у которых имеются показания к хирургическому или терапевтическому лечению.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ПХЭС)

А. Определение

Условное обозначение различных нарушений, возникающих у части больных (20%) после холецистэктомии.

Б. Этиология

Варианты постхолецистэктомических нарушений, требующих консервативного лечения

Функциональные	Структурные
Билиарная диспепсия	Хронический дуоденит
Билиарная дискинезия	Билиарный рефлюкс-гастрит
Дисбактериоз кишечника	Билиарный рефлюкс-эзофагит
	Хронический колит
	Хронический панкреатит
	Восходящий холангит (острый, хронический)
	Неспецифический реактивный гепатит

Кроме указанных в таблице причин, постхолецистэктомические нарушения могут быть связаны:

1) с заболеваниями, нераспознанными до операции (хроническим панкреатитом, язвенной болезнью, скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и др.), т.е. с ошибочно произведенной операцией;

2) с неустраненными во время операции, выполненной по показаниям, поражениями желчных путей и соседних органов (холедохолитиазом, стенозом фатерова соска и др.);

3) с последствиями технических погрешностей во время операции (не полной холецистэктомией, остаточным пузырным протоком более 1 см, повреждением общего желчного протока и др.).

В. Патогенез

Основными (пусковыми) патогенетическими механизмами ПХЭС являются изменения химического состава желчи (повышение содержания холестерина и уменьшение концентрации желчных кислот) и расстройства пассажа желчи из-за выпадения резервуарной функции желчного пузыря и дискинезии сфинктера Одди. Эти нарушения вызывают снижение гидролиза и всасывания липидов, что способствует наряду с уменьшением бактерицидных свойств желчи развитию дисбактериоза кишечника и накоплению деконъюгированных желчных кислот (из-за действия бактерий), которые оказывают повреждающее (провоспалительное) действие на слизистую двенадцатиперстной кишки и других отделов кишечника. В свою очередь, дуоденит и сопутствующая ему дискинезия двенадцатиперстной кишки (дуоденоспазм, дуоденостаз) и сфинктера Одди (гипотония) способствуют рефлюксу ее содержимого в желудок, общий желчный и главный панкреатический протоки с последующим развитием воспалительного процесса в желудке, органах гепатобилиарной системы и в поджелудочной железе. Поражение этих органов в немалой мере связано также с уменьшением при дуодените образования интестинальных пептидов (секретина, панкреозимина, холецистокинина, гастроина и др.), регулирующих их функции.

Дополнительный риск образования камней в желчном пузыре связан с применением клофибрата, длительным пребыванием пациентов на полном парентеральном питании, резекцией толстой кишки или наложением тощеподвздошнокишечного анастомоза, заболеваниями толстой кишки (например болезнью Крона), целиакией (глютенчувствительной энтеропатией, нетропической спру), ваготомией, повреждением спинного мозга, сахарным

диабетом, хроническим гемолизом (серповидноклеточной анемией, талассемией) и циррозом печени.

Пузырная желчь состоит из следующих основных компонентов:

- Вода 80%
- Соли желчных кислот 12%
- Фосфолипиды 4%
- Холестерин 0,7-1,6%
- Плазменные белки 0,8-1,0%
- Билирубин 0,1-0,6%

Помимо этих компонентов желчь содержит также неорганические электролиты. Вместе с холестерином соли желчных кислот и лецитин формируют водорастворимые молекулярные агрегаты, так называемые мицеллы. Благодаря этому, холестерин, который сам по себе в воде не растворяется, может транспортироваться в жидкой среде желчи.

Желчь продуцируется преимущественно гепатоцитами и, в меньшей степени, секреторными клетками эпителия желчных протоков. Ее экскреция регулируется АТФ-зависимой транспортной системой.

Правильнее говорить о солях желчных кислот, нежели о желчных кислотах, как часто называют эти вещества. Соли желчных кислот обладают холеретическим действием, то есть они сами стимулируют экскрецию желчи. Однако образование желчи может протекать и независимо от них.

Как только желчь достигает толстой кишки, она формирует мицеллы с липидами (практически не растворимыми в воде), обеспечивающие абсорбцию жирных кислот и жирорастворимых витаминов А, Д, Е, К. Соли желчных кислот также способствуют активации некоторых пищеварительных ферментов, например липазы.

Подавляющее большинство солей желчных кислот реабсорбируется, главным образом, в терминальном отделе подвздошной кишке. Только 5-10%

теряется с фекалиями, однако, эта потеря компенсируется синтезом солей желчных кислот в гепатоцитах. Некоторые заболевания, например болезнь Крона, поражают подвздошную кишку, что может вызвать необходимость в проведении резекции. У таких больных нарушается реабсорбция солей желчных кислот. Результатом такой потери солей желчных кислот является развитие диареи, малабсорбции и дефицита жирорастворимых витаминов. Ежедневно 15-30 г секретлируемых солей желчных кислот активно абсорбируется из портальной крови гепатоцитами. Такая экстракция очень эффективна, а эффект «первого прохождения» через печень составляет 80%.

Рециркуляцию желчных солей между кишечником и печенью еще называют **энтерогепатической циркуляцией**. В организме человека пул желчных кислот составляет около 3 г и, в зависимости от приема пищи, рециркулирует в течение суток от 4 до 12 раз.

При синтезе желчных кислот из холестерина образуются первичные желчные кислоты – *холевая кислота* (ХК) и *хенодеоксихолевая кислота* (ХДХК). Они конъюгируют с таурином или глицином, прежде чем секретироваться из печени. При последующей деконъюгации эти первичные желчные кислоты частично конвертируются микроорганизмами в подвздошной, слепой и толстой кишке во вторичные желчные кислоты – *деоксихолевую кислоту, литохолевую кислоту и 7-кетолитохолевую кислоту*. После реабсорбции печенью 7-кетолитохолевая кислота преобразуется в третичную желчную кислоту – *урсодеоксихолевую кислоту* (УДХК). УДХК более гидрофильна и, следовательно, менее липофильна, чем ХДХК. Это делает УДХК относительно нетоксичной для клеток и органов.

Процесс образования камней требует наличия трех факторов: 1) секреции «литогенной» желчи печенью; 2) наличия «ядер» для последующей кристаллизации; 3) застоя желчи в желчном пузыре, обеспечивающего условия для роста и слияния кристаллов с образованием камней.

Секретия «литогенной» желчи печени. Перенасыщение желчи холестерином, предрасполагающее к образованию холестериновых камней, возникает либо в результате повышенной секретии холестерина (при ожирении, беременности, приеме эстрогенных препаратов), либо уменьшения секретии желчных кислот (при голодании, заболеваниях и резекции толстой кишки, быстром снижении массы тела). Секретия холестерина гепатоцитами тесно связана с секретией фосфолипидов и формированием моноламеллярных (однопластинчатых) везикул. Когда желчь не насыщена, желчные кислоты способствуют исчезновению везикул по мере того, как холестерин трансформируется в мицеллы, состоящие из холестерина, желчных кислот и фосфолипидов. При насыщении желчи моноламеллярные везикулы объединяются в крупные (содержащие избыток холестерина) мультиламеллярные везикулы, которые становятся ядрами кристаллизации и, в конечном счете, способствуют формированию желчных камней.

Формирование ядер первичной кристаллизации. Муцин и другие гликопротеины, секретлируемые печенью, облегчают кристаллообразование. Эти гликопротеины ускоряют выпадение кристаллов холестерина из насыщенной желчи и часто обнаруживаются внутри как холестериновых, так и пигментных камней.

Застой желчи в желчном пузыре, инициирующий образование кристаллов и камней. В здоровом желчном пузыре формированию камней препятствуют подкисление желчи, изменение ее концентрации и быстрое удаление кристаллов и скоплений слизи во время сокращений. Образование холестериновых ядер происходит постоянно, но если желчный пузырь полностью опорожняется несколько раз в день, избавляясь от слизи и желчи, кристаллизации и камнеобразования не наблюдается.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) чрезвычайно распространена в цивилизованных странах, в том числе и в России. Особенно высока заболеваемость среди женщин в возрасте 35-40 лет и старше. ЖКБ

характеризуется образованием желчных камней в билиарной системе, главным образом в желчном пузыре, и осложнениями в связи с прогрессированием патологического процесса.

Основным методом лечения данного заболевания является холецистэктомия. У 25% перенесших холецистэктомию больных или сохраняются, или через некоторое время появляются абдоминальные боли и диспепсические расстройства, требующие лечения. Адекватная терапия больных зависит от правильного понимания патогенеза клинических симптомов, развивающихся после холецистэктомии. Особенности их формирования связаны, с одной стороны, с нарушениями в обмене холестерина, присущими желчнокаменной болезни, с другой – с тем обстоятельством, что патологический процесс протекает в новых анатомо-физиологических условиях, т.е. при отсутствии желчного пузыря.

Известно, что удаление желчного пузыря по поводу калькулезного холецистита не избавляет больных от обменных нарушений, в том числе от печеночно-клеточной дисхолии, которая сохраняется и после операции. У большинства больных после холецистэктомии определяется литогенная желчь с низким холатохолестериновым коэффициентом. Выпадение физиологической роли желчного пузыря, а именно концентрация желчи в межпищеварительный период и выброс ее в 12-перстную кишку во время еды, сопровождается нарушением пассажа желчи в кишечник и расстройством пищеварения. Изменения химического состава желчи и хаотическое ее поступление в 12-перстную кишку нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, что приводит к микробному обсеменению 12-перстной кишки, ослаблению роста и функционирования нормальной кишечной микрофлоры, расстройству печеночно-кишечной циркуляции и снижению общего пула желчных кислот. Под влиянием микрофлоры желчные кислоты подвергаются преждевременной деконъюгации, что сопровождается повреждением слизистой

оболочки двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки с развитием дуоденита, рефлюкс-гастрита, энтерита и колита. Дуоденит сопровождается дуоденальной дискинезией и, в первую очередь, дуоденальной гипертензией с развитием дуоденогастральных рефлюксов и забросом содержимого в общий желчный проток и проток поджелудочной железы. В результате формируются дискинезии сфинктера печечно-поджелудочной ампулы, желчного и панкреатического протоков (сфинктера Одди), а деконъюгированные желчные кислоты обуславливают развитие диареи.

Таким образом, у больных с удаленным желчным пузырем имеющиеся клинические проявления могут быть связаны с изменением химического состава желчи, нарушенным пассажем ее в 12-перстную кишку, дискинезией сфинктера Одди, а также с избыточным бактериальным ростом в кишечнике, синдромами мальдигестии и мальабсорбции, дуоденитом и другими патологическими нарушениями в системе пищеварения.

В настоящее время термином **«постхолецистэктомический синдром»** принято обозначать только *дисфункцию сфинктера Одди*, обусловленную нарушением его сократительной функции и препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий. При этом вместо принятых ранее определений «постхолецистэктомический синдром», «билиарная дискинезия» и др. используется термин «дисфункция сфинктера Одди».

Сфинктер Одди выполняет 3 основные функции: 1) регулирует ток желчи (и панкреатического сока) в двенадцатиперстную кишку; 2) предотвращает рефлюкс содержимого 12-перстной кишки в холедох и панкреатический проток; 3) обеспечивает накопление в желчном пузыре печеночной желчи.

Дисфункция сфинктера Одди представляет собой доброкачественное клиническое состояние некалькулезной этиологии, проявляющееся нарушением тока желчи и панкреатического сока на уровне соединения холедоха и панкреатического протока.

Г. Клиническая картина

Боль в правом верхнем квадранте живота и диспепсические нарушения - главные признаки ПХЭС, характер которых определяется его причинами.

С учетом различий в клинической картине больных с ДСО подразделяют на 2 большие категории: 1) пациенты с болью билиарного типа (как при заболеваниях желчных путей) (большинство); 2) пациенты с болью, напоминающей таковую при приступе панкреатита (меньшая часть).

Для дисфункции сфинктера Одди характерны рецидивирующие приступы сильных или умеренных болей продолжительностью 20 и более минут, повторяющиеся в течение 3 и более месяцев. При билиарном типе боль локализуется в эпигастрии или правом подреберье с иррадиацией в спину и правую лопатку, при панкреатическом типе – в левом подреберье с иррадиацией в спину, уменьшающаяся при наклоне вперед, при сочетанном типе – имеет опоясывающий характер. Боль может сочетаться со следующими признаками: а) начало после приема пищи; б) появление в ночные часы; в) тошнота и/или рвота.

Д. Лабораторные и инструментальные методы исследования

Необходимо комплексное обследование больного с использованием лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых и других методов исследования органов пищеварения.

Для диагностики ДСО используются ряд скрининговых и уточняющих методов.

Скрининговые:

- Определение в крови уровня аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, билирубина, амилазы, липазы;
- УЗИ
- Гепатобилисцинтиграфия;

➤ ЭФГДС

Уточняющие:

➤ ЭРХПГ

➤ Манометрия сфинктера Одди.

Неинвазивные методы, позволяющие предположить ДСО, включают определение в крови уровня билирубина, щелочной фосфатазы, аминотрансфераз, амилазы и липазы во время или не позднее 6 ч после окончания болевого приступа, а также в динамике. Транзиторное повышение в 2 и более раз уровня ферментов является важным в подтверждении дисфункции сфинктера Одди.

При **УЗИ** важное значение придается расширению холедоха и главного панкреатического протока, которое свидетельствует о нарушении тока желчи и панкреатического секрета на уровне сфинктера Одди. Определенное значение имеет **УЗИ диаметра общего желчного протока** с использованием жирных завтраков, стимулирующих выработку эндогенного холецистокинина. После пробного завтрака измерение диаметра холедоха проводится каждые 15 минут в течение 1 ч. Увеличение его диаметра на 2 мм и более по сравнению с исходным позволяет предположить наличие неполной обтурации холедоха как в результате ДСО, так и из-за органической патологии билиарной системы.

Для оценки состояния **панкреатических протоков** используется **проба с введением секретина** в дозе 1 мг/кг. В норме после стимуляции секретином при УЗИ отмечается расширение панкреатического протока в течение 30 мин с последующим его уменьшением до исходного уровня. Если проток остается расширенным более 30 мин, это свидетельствует о нарушении его проходимости.

При **билисцинтиграфии** о наличии ДСО свидетельствует увеличение времени транзита радиофармпрепарата от ворот печени до 12-перстной кишки.

В то же время при расширенном холедохе данное исследование малоинформативно для оценки функции сфинктера Одди.

К **инвазивным методам** оценки функции сфинктера Одди относится непрямой способ – **ЭРХПГ**. Косвенными признаками повышения тонуса сфинктера Одди являются диаметр холедоха более 12 мм, задержка контраста в холедохе свыше 45 мин. О дисфункции сфинктера главного панкреатического протока свидетельствуют расширение последнего до более чем 5 мм и замедление эвакуации контраста из его просвета.

Наиболее точным методом, подтверждающим дисфункцию сфинктера Одди, является **манометрия**. Признаками ДСО являются:

- Повышение базального давления в просвете сфинктеров;
- Увеличение амплитуды и частоты фазовых сокращений (тахиддия);
- Увеличение частоты ретроградных сокращений;
- Парадоксальный ответ на введение аналогов холецистокинина.

В связи с различной этиологией и вероятностью возникновения одинаковых симптомов у пациентов обеих групп классификация дисфункции сфинктера Одди проводилась на основании клинической картины, данных лабораторных исследований и результатов, получаемых при проведении диагностической ретроградной холангиопанкреатографии, что позволило подразделить пациентов с клиническими проявлениями заболевания по **билиарному типу** на 3 группы.

Критерии:

- А.** Классический приступ желчных болей.
- Б.** Изменение уровня печеночных ферментов (2-кратное превышение нормального уровня АСТ и/или щелочной фосфатазы по крайней мере при 2-кратных исследованиях).
- В.** Замедленное выведение контрастного вещества при ЭРХПГ (>45 мин).
- Г.** Расширение общего желчного протока (>12 мм).

Классификация:

Билиарный тип I – включает все критерии, перечисленные выше (А, Б, В и Г).

Билиарный тип II – типичный приступ желчных болей (А) в сочетании с одним или двумя другими критериями (Б, В или Г).

Билиарный тип III – только типичный приступ желчных болей (А).

У пациентов, относящихся к I группе, причиной дисфункции сфинктера Одди чаще всего является стеноз сфинктера; во II группе пациентов нарушения могут быть как структурными, так и функциональными; в III группе ДСО обычно носит функциональный характер.

Е. Лечение

Цель лечения: восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета из билиарных и панкреатических протоков в 12-перстную кишку. Задачи лечения: нормализовать химический состав желчи; восстановить проходимость сфинктера Одди; восстановить нормальный состав кишечной микрофлоры; нормализовать процессы пищеварения и моторику тонкой кишки для профилактики дуоденальной гипертензии.

Выбор способов лечения зависит от вариантов ПХЭС.

1. Лечебное питание

Назначается базисная диета № 5, содержание которой может изменяться в зависимости от преобладания того или иного варианта ПХЭС или появления новых постоперационных расстройств.

2. Предупреждение камнеобразования (уменьшение литогенности желчи)

Уософальк (хенофальк или литофальк) по 1-2 капсулы перед сном в течение нескольких лет или постоянно.

3. Билиарная диспепсия

Ферментные препараты с высокой активностью липазы (панцитрат, креон и др.) в сочетании с препаратами желчных кислот.

4. Билиарная дискинезия

Спазмолитические препараты при спазмах сфинктера Одди и прокинетики при его недостаточности. **Гимекромон (одестон)** обладает избирательным спазмолитическим действием на сфинктер Одди и сфинктер желчного пузыря.

В восстановлении оттока желчи при отсутствии желчного пузыря, наряду с проходимость сфинктера Одди, большое значение имеет уровень давления в 12-перстной кишке. Если он превышает секреторное давление желчи и панкреатического сока, они будут депонироваться в билиарных и панкреатических протоках с соответствующими последствиями. В связи с этим разрешение дуоденальной гипертензии считается неременным условием ведения больных с дисфункцией сфинктера Одди. При выборе тактики лечения следует учитывать, что основным патогенетическим механизмом развития дуоденальной гипертензии является избыточное содержание жидкости и газа в просвете 12-ти перстной кишки в результате бродильно-гнилостных процессов, обусловленных микробной контаминацией.

5. Кишечный дисбактериоз

Для деконтаминации 12-перстной кишки проводятся 1-2 семидневных курса **антибактериальной терапии** со сменой препарата при очередном курсовом лечении. Препаратами выбора являются: доксициклин 0,1 г 2 раза в день, тетрациклин 0,25 г 4 раза в день, бисептол 960 мг 2 раза в день, фуразолидон 0,1 г 3 раза в день, эрсефурил 0,2 г 4 раза в день, ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в день, метронидазол 0,25 г 4 раза в день, интетрикс 1 капсула 4 раза в сутки, реже – левомецетин 0,25 г 4 раза в день.

Одновременно с приемом кишечных антисептиков в ряде случаев назначаются **пробиотики**: при наличии поносов – хилак форте 60 капель 3 раза

в день в течение 1 нед, затем по 30 капель 3 раза в день в течение 2 нед; в случаях преобладания запоров – лактулоза по 1-2 столовые ложки 1 раз в день до нормализации стула.

После окончания антибактериальной терапии показаны *пробиотики* - бифиформ по 1 капсуле 2 раза в день в течение 2 недель.

В комплексе с антибактериальными средствами необходимо назначать *алюминийсодержащие буферные антациды* по 1 дозе через 1 ч после завтрака, обеда и ужина и перед сном в течение 5-7 дней. Данные препараты обладают следующими их способностями:

- Связывать органические кислоты, что приводит к уменьшению осмолярности кишечного содержимого и прекращению тока жидкости в просвет кишки;
- Повышать интрадуоденальный уровень рН, что создает условия для нормальных процессов пищеварения;
- Связывать деконъюгированные желчные кислоты, что уменьшает секреторную диарею и их повреждающее действие на слизистую оболочку;
- Уменьшать всасывание антибактериальных препаратов, что повышает их концентрацию в просвете кишки и усиливает антибактериальный эффект, а также уменьшает побочные действия препаратов.

Наличие у больных относительной ферментной недостаточности является обоснованием назначения *ферментных препаратов*. При склонности к поносам назначаются препараты панкреатина: мезим форте, креон, ликреаза, панцитрат по 1 дозе 2-3 раза в день в начале еды; при склонности к запорам – комбинированные средства, содержащие панкреатин, желчные кислоты, гемицеллюлозу: фестал, энзистал, дигестал по 1 драже 2-3 раза в день в конце приема еды в течение 10 дней.

6. Хронический дуоденит

6.1. Де-нол, сукральфат или блокаторы H₂-рецепторов и ингибиторы «протонового насоса» при повышенной желудочной секреции.

6.2. Способы лечения дуоденальной дискинезии (дуодено-стаз+дуоденальная гипертония).

7. Билиарный рефлюкс-гастрит и рефлюкс-эзофагит.

7.1. Прокинетики (цизаприд, церукал, домперидон).

7.2. Препараты, связывающие желчные кислоты: альмагель, фосфалюгель, маалокс, мегалак, холестирамин и др.

7.3. Урсодезоксихолевая кислота.

УДХК не оказывает повреждающего действия на слизистую оболочку желудка и пищевода. Ее прием более чем на 50% уменьшает (замещает) содержание в рефлюате «агрессивных» желчных кислот.

Ориентировочная схема лечения постхолецистэктомического синдрома:

- Диета с низким содержанием жира.
- Одестон 200-400 мг 3 раза в день за 30 мин до еды – 1-2 нед.
- Бисептол 480 по 2 таб 2 раза в день в течение 5-7 дней, с 6-8-го дня доксициклин 0,1г 2 раза в день или ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в день в течение 5 дней, с последующим приемом бифидоформа по 1 капсуле 2 раза в день в течение 2 нед.
- Панкреатин 250-500 мг по 1 драже 3 раза в день во время еды – до 2 недель, далее – «по требованию».
- Алюмаг (маалокс, фосфалюгель и др.) 1-2 дозы 3 раза в день через 1 ч после еды в течение 1 нед.

ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ (ДЖП)

А. Определение

Расстройства сократительной функции желчного пузыря и сфинктеров Мирицци*, Люткенса и /или Одди (ослабление, усиление или несогласованность), вызывающие нарушения желчевыделения.

Б. Этиология

Различают первичную и симптоматическую ДЖП. Первичная форма встречается реже, как одно из проявлений невротического синдрома. Вторичная ДЖП сопутствуют органическим заболеваниям желчных путей, эндокринопатиям, болезням желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, почек, половых и других органов брюшной полости, связанных с желчными путями рефлекторными и гуморальными влияниями. Возможна медикаментозная ДЖП (морфин, симпатомиметики, холинолитики и ДР-)-

В. 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.

Д. Классификация

1. Гиперкинетическая (гипертоническая) форма
2. Гипокинетическая (гипотоническая) форма
3. Смешанная форма

Этот сфинктер находится в месте слияния правого и левого печеночных протоков

Г. Клиническая картина

1. Общие признаки

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

2. Гиперкинетическая форма

Периодические приступообразные боли в правом подреберье или в правой верхней половине живота, иногда достигающие интенсивности желчной колики и отдающие в правую лопатку. Они возникают чаще всего в связи с нервно-психическими перегрузками, нарушениями диеты и тяжелой физической нагрузкой. Боли непродолжительные (от нескольких минут до часа).

3. Гипокинетическая форма

Почти постоянные боли или ощущения тяжести, распираания в правом подреберье, которые усиливаются или ослабевают (от пищи, стимулирующей сокращение желчного пузыря) после еды.

4. Смешанная форма

Сочетание или чередование признаков гипо- и гиперкинетической ДЖП.

Е. Лабораторные и инструментальные методы исследования

1. ***Отсутствие признаков воспалительного процесса при исследовании крови и дуоденального содержимого.***
2. ***Гиперкинетическая форма***
 - 2.1. Трехфракционное дуоденальное зондирование

Возможно появление болей после введения стимулятора пузырного рефлекса. Уменьшение количества желчи порций В и С и сокращение времени желчеотделения.

2.2. Пятифракционное зондирование

Увеличение продолжительности I 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 желчи порции В (гипертония желчного пузыря).

2.3. Холецистография

Уменьшенный, хорошо контрастированный пузырь, опорожнение которого ускорено.

3. *Гипомоторная форма*

3.1. Трехфракционное зондирование

Уменьшение или исчезновение болей после введения стимулятора, ослабление пузырного рефлекса, замедленное выделение повышенного количества темно-коричневой (застойной) желчи.

3.2. Пятифракционное зондирование

Удлинение фазы В и увеличение количества пузырной желчи (гипотония, гипокинезия), укорочение фазы «закрытого сфинктера Одди» (гипотония сфинктера).

3.3. Холецистография

Растянутый, увеличенный пузырь. Его опорожнение резко замедленно или не наступает после повторных введений стимуляторов пузырного рефлекса.

4. *УЗИ при ДЖП*

Как и холецистография выявляет нарушения моторной функции пузыря.

Ж. Лечение

Проводится в амбулаторных условиях. Такие пациенты, как правило, в стационарном лечении не нуждаются.

Содержание лечебных мероприятий зависит от ДЖП.

1. Общие рекомендации (нормализация образа жизни и устранение нервно-психических нарушений)

Такие же, как и при других функциональных заболеваниях органов пищеварения.

2. Лечение гиперкинетической ДЖП

2.1. Лечебное питание

Дробное питание (4-5 раз), ограничение или исключение продуктов, вызывающих сокращение желчного пузыря (жирные, мясные продукты, растительное масло, пирожные и другие изделия из жирного теста, пиво, газированные напитки, сливки, сметана, яйца в смятку).

2.2. Спазмолитические препараты.

а) Холинолитики

Гастроцепин, бускопан, хлорозил, атропин, метацин, платифиллин.

б) Миолитики

Но-шпа, галидор, феникаберан; нитроглицерин под язык при сильных болях и нитраты пролангированного действия (нитросорбид и др.) для курсового лечения.

Эти препараты применяются эпизодически, если болевые приступы редки, или 2-4 недельными курсами. Для длительного лечения предпочтительны миолитики, которые в отличие от холинолитиков не оказывают тормозящего действия холотообразование и желчеотделения. В меньшей степени на эти процессы по сравнению с другими холинолитиками влияет бускопан, у которого преобладает спазмолитическое действие.

в) Желчегонные класса холеретиков, обладающие холеспазмолитическим действием:

- 1) оксафенамид 0,25-0,5 г 3 раза за 30 минут до еды;
 - 2) фламин по 0,05 г 3 раза за 30 минут до еды;
 - 3) холосас 1 ч.л. 3 раза за 30 минут до еды;
 - 4) холестил (гинекромон) по 1 драже 3 раза в день за 30 минут до еды;
 - 5) холензим 1-2 табл. 3 раза после еды;
 - 6) отвар кукурузных рыльцев 10 г на 200 мл воды по $\frac{1}{2}$ стакана 2-3 раза за 15 минут до еды;
 - 7) настой мяты перечной 5 г на 200 мл воды по $\frac{1}{3}$ стакана 2-3 раза за 15 минут до еды;
 - 8) настои и отвары зверобоя продырявленного, шиповника, горца змеиноного, ромашки аптечной, бессмертника;
 - 9) минеральные воды низкой минерализации (Нарзан, Саирме, Смирновская, Ессентуки №4 и №20 и др.) при температуре 40-45°C по стакану 5-6 раз в день, 4 недели.
- г) Дуоденальный тюбаж без зонда с минеральной водой или отваром кукурузных рыльцев 1-2 раза в неделю, 4-8 процедур. Препарат, выбранный для процедуры, больной принимает во внутрь утром натощак и лежит с грелкой на правом боку в течение 2 часов.

д) Физиотерапия и санаторно-курортное лечение.

3. Лечение гипокINETической ДЖП

3.1. Лечебное питание

Дробный прием пищи (5-6 раз в день). Хлеб с отрубями или черный ржаной хлеб, в большом количестве фрукты и овощи, растительные и животные жиры (за исключением тугоплавких), сливки, сметана, яйца всмятку и другие продукты, вызывающие опорожнение желчного пузыря.

3.2. Препараты, стимулирующие тонус и сократимость желчного пузыря

а) Симптоматические средства

«Беллоид», «Беллатаминал» или «Кофетамин» по 1 таблетке внутрь 3 раза в день за 30 минут до еды, 2-4 недели (не более 1 месяца). У этих сложных по составу препаратов преобладает симпатолитическое действие эргота-мина и эрготоксина.

б) Прокинетики

Цизаприд, церукал или домперидон.

Не влияя на моторику желчного пузыря, они улучшают желчеотделение благодаря нормализации тонуса сфинктера Одди и устранение дискинетических расстройств (дуаденостаз) двенадцатиперстой кишки.

в) Настойки китайского лимонника, женьшеня, элеутерококка и пантокрина по 30-40 капель 3 раза в день за 30 минут до еды, 1 месяц.

г) Желчегонные класса холекинетиков, вызывающие сокращение желчного пузыря и расслабление сфинктеров Люткенса и Одди:

- 1) холецистокинин - октапептид по 50-100 мкг интраназально;
- 2) циквалон по 0,1-0,2 г 3 раза в день за 30 минут до еды;
- 3) берберина бисульфат по 0,005 г 3 раза в день за 30 минут до еды;
- 4) 10% р-ры ксилита или сорбита по 50-100 мл 3 раза в день за 30 минут до еды;
- 5) карлварская соль натуральная -1 чайной ложке стакана воды 2-3 раза в день за 30 минут до еды;
- 6) танафлон (экстракт из соцветий пижмы) по 1-2 столовой ложке 3 раза в день за 30 минут до еды;
- 7) отвар петрушки (12 г на 200 мл воды) по стакану за 15 минут до еды 3 раза в день;
- 8) отвары и настои одуванчика лекарственного, трифоля, тысячелистника обыкновенного, аира болотного, барбариса;
- 9) минеральные воды высокой минерализации (Ессентуки № 17, Моршанская, Баталинская и др.), газированные и холодные по 1

стакану 3 раза в день, 4 недели. Время приема воды зависит от типа желудочной секреции.

д) Дуоденальный тюбаж без зонда с карлварской солью, 25% раствором сернистой магнезии, оливковым маслом (30 мл), сорбитом или ксилитом (100 мл 10% растворов) 1-2 раза в неделю, 4-8 процедур.

е) Физиотерапия и санаторно-курортное лечение.

4. 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.

5. Продолжительность лечения

Комплексная терапия ДЖП производится в течение 2-4 недель и более в зависимости от степени выраженности ее клинических проявлений.

ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ (ПСХ)

А. Определение

Воспаление, фиброз и стенозирование внутри и/или внепеченочных протоков с исходом в билиарный цирроз печени, развитием портальной гипертензии и смертью больного от печеночной недостаточности.

Б. Этиология и патогенез

Причины неизвестны. Предполагается связь с вирусной инфекцией (реовирусом III типа). В патогенезе заболевания определенное значение имеют нарушения иммунитета (в крови больных выявляются иммунные комплексы) и повреждающее действие на мембраны желчных протоков гидрофобных

желчных кислот (дезоксихолевой, литохолевой), которые образуются в кишечнике под влиянием бактерий.

Наиболее вероятные механизмы развития ПСХ:

- отрое воздействие запускающего фактора (возможно, вирусной инфекции) на билиарную систему генетически предрасположенного организма;
- повреждение желчных протоков;
- восприятие организмом поврежденных желчных протоков как чужеродных;
- разрушение желчных протоков под действием аутоиммунных механизмов.

/

В. Клиническая картина

Чаще болеют мужчины в возрасте 25-45 лет.

1. ПСХ и другие болезни

Чаще всего наблюдается его сочетание с неспецифическим язвенным колитом. Реже встречается болезнь Крона, тиреоидит Риделя, артриты, сухой кератоконъюнктивит, склерозирующий медиастенит, ретроперитонеальный склероз.

2. Основные проявления

2.1. Лихорадка, боли в правом подреберье и желтуха (триада Шарко).
 МНаблюдаются различные варианты температурной реакции от субфебрильной до интермиттирующей лихорадки с ознобом. Боли в правом подреберье и пальпаторные симптомы, не столь характерны и выражены как при холецистите. Появлению желтухи у большинства больных предшествует кожный зуд.

2.2. Гепато- и спленомегалия.

2.3. Признаки портальной гипертензии и печеночной недостаточности в финале болезни.

Г. Лабораторные методы исследования

1. Гемограмма

а) Лейкоцитоз, увеличение СОЭ при развитии бактериального холангита.

б) Лейкопения, анемия, тромбоцитопения как проявление гиперспленизма.

2. Биохимическое исследование крови

2.1. Повышение в крови активности ЩФ, ГГТП, содержания билирубина, холестерина и других показателей холестаза.

2.2. В сыворотке крови очень редко выявляются антимитохондриальные, антинуклеарные и к гладким мышцам антитела, но почти у 70% больных определяются иммунные комплексы.

2.3. Увеличение концентрации сывороточного церулоплазмينا.

2.4. Дуоденальное зондирование

В порции С дуоденального содержимого повышено количество лейкоцитов и эпителия желчных протоков.

Д. Инструментальные методы исследования

1. УЗИ желчных путей

Исключает холелитиаз. При внутрипеченочной форме ПСХ не выявляет расширение печеночных желчных протоков (в отличие от вторичного холангита).

2. ЭРХПГ, ТИХ, ВХГ

Извитость, многочисленные стриктуры внепеченочных и/или внутрипеченочных желчных ходов (протоки в виде «четок»). Исключение холелитиаза, аномалий и других причин холестаза.

ТПХ (транспеченочная халангиография) не всегда выполнима из-за сужения внутрипеченочных желчных протоков.

ВХГ (внутривенная холецистография) возможна только в тех случаях, когда концентрация билирубина в крови не более 51 мкмоль/л.

3. Пункциональная или прицельная (при лапароскопии) биопсия печени

Внутридольковый холестаз, перестройка эпителия междольковых протоков, перидуктальный фиброз, облитерация желчных ходов; фиброз, пролиферация желчных протоков в портальных трактах; небольшие междольковые инфильтраты.

Е. Лечение

1. Консервативное

1.1. Специфических способов лечения нет. Используются методы лечения холестатического синдрома. УДХК (урсосан) – единственный препарат, который в средних (13-15мг/кг) и высоких дозах (20-25 мг/кг) приводит не только к снижению уровня ЩФ и ГГТП, но и к остановке гистологической прогрессии заболевания.

1.2. 14-21 дневные курсы антибиотиков, в промежутках между которыми назначаются синтетические антибактериальные препараты при развитии бактериального холангита.

2. Хирургическое

2.1. Наложение Т-образного дренажа и бужирование холедоха.

2.2. Трансплантация печени.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ХОЛАНГИТ (БХ)

А. Признаки, общие с ПСХ

Триада Шарко (лихорадка, боли в правом подреберье, желтуха).

Б. Признаки, отличающие БХ от ПСХ

1. Этиология

В большинстве случаев развитие БХ связано с обструкцией внепеченочных желчных путей (стриктура холедоха, вентильный камень, стриктура фатерова соска, перихоледохеальный лимфадент и др.). БХ также возможен после эндоскопических процедур (холедохоскопии, ЭРХГ), при рефлюксе кишечного содержимого в желчные пути (дуодениты, дуоденостаз) и при сепсисе.

2. Лабораторные показатели

Обязательны лейкоцитоз и увеличение СОЭ.

3. УЗИ желчных путей

Отмечается расширение печеночных желчных протоков.

4. ЭРХГ (эндоскопическая ретроградная холангиография)

Выявляет причину обструкции холедоха.

В. Лечение

1. Хирургическое

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) при стенозирующем дуоденальном папиллите, ЭПСТ с извлечением камня при холедохоли-тиазе и другие операции, устраняющие обструкции желчных путей.

2. Консервативное

Проводится при БХ. без обструкции желчных путей

- а) Диета № 5 а.**
- б) Антибактериальные препараты.**

в) Нестероидные противовоспалительные препараты (бутадион, индометацин и др.).

3. Препараты, облегчающие кожный зуд

РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (РПЖ)

Составляет почти 3% всех злокачественных новообразований. РПЖ выявляют у 1% больных холециститом, которым проводится лапаротомия. Значительно преобладают женщины (4-20:1). Чаще возникает у пожилых (в возрасте 60-70 лет).

А. Этиология и патогенез

К факторам риска относят ЖКБ (почти у 100% больных), полипоз, кальциноз желчного пузыря («фарфоровый пузырь»), врожденные аномалии желчных путей.

Развитие опухоли объясняют механическим раздражением слизистой желчного пузыря камнями, их радиоактивностью, биохимическими изменениями желчи с появлением в ней канцерогенных веществ.

Б. Клиническая картина

1. Основные проявления болезни

- 1.1.** Бессимптомное течение или признаки предшествующего заболевания (ЖКБ, холецистит) на ранних стадиях РПЖ.
- 1.2.** Боли в правом подреберье или в верхнем правом квадранте живота. Острые приступообразные в начале болезни они со временем становятся постоянными, тупыми, ноющими, усиливающимися в конце дня и ночью. Боли иррадиируют в правую лопатку, правую руку и поясницу.
- 1.3.** Диспепсические нарушения (тошнота, рвота).

1.4. Признаки раковой интоксикации (слабость, снижение аппетита, похудание и др.)

1.5. В поздних стадиях болезни возможна пальпация увеличенного, плотного, бугристого желчного пузыря.

2. Осложнения

Механическая желтуха, холангит, кишечная непроходимость, перфорация желчного пузыря, перитонит. **3. Метастазирование**

В печень, поджелудочную железу, сальник, по брюшине и в другие органы.

В. Лабораторные методы исследования

1. Гемограмма Анемия,

увеличение СОЭ.

2. Биохимическое исследование крови

2.1. Возможны изменения печеночных тестов (и прежде всего ЩФ, ГГТП, билирубина, холестерина).

2.2. Иногда можно выявить злокачественные клетки в дуоденальном содержимом.

Г. Инструментальные методы исследования /.

Оральная и внутривенная холецистография.

Нарушения концентрационной функции пузыря; отключенный желчный пузырь; дефект наполнения желчного пузыря.

2. При билирубине крови более 51 мкмоль/л или явной желтухе проводятся ЭРХПГ и ТПХ (транспеченочная холангиография).

3. УЗИ желчного пузыря.

Плотное образование в зоне желчного пузыря, за которым определяется «эхонегативная дорожка».

4. Радионуклидная холецистография

Дефект наполнения изотопа в проекции желчного пузыря.

5. Лапароскопия

Позволяет выявить изменения желчного пузыря и печени, провести инструментальную пальпацию и прицельную биопсию опухоли желчного пузыря.

6. Морфологическое исследование

При гистологическом исследовании биоптатов в 95% случаев выявляется аденокарцинома.

Д. Лечение

1. Паллиативная или радикальная (резекция печени и удаление клетчатки с лимфатическими узлами) хлещистэктомия.
2. Лучевая и химиотерапия (5-фиторурацил, циклофосфан) в неоперабельных случаях.

Дифференциально-диагностические признаки заболеваний желчных путей (Бацков С.С. и соавт., 1996)

Признак	Болезнь			
	Хронический калькулезный холецистит	Рак желчных протоков	Доброкачественная опухоль желчного пузыря	Рак желчного пузыря
Пол	Чаще женщины	Чаще мужчины	Чаще женщины	Чаще женщины
Возраст	Как правило старше 40 лет	Любой	40-60 лет	40-60 лет
Боль в правом подреберье	В период обострения	Не характерна	Нет	Нередко
Тошнота	Часто	Часто	Нет	Часто
Рвота	В период обострения	Редко	Нет	Часто
Желтуха	При наличии холедохолитиаза	Как правило	Нет	Редко

Кожный зуд	Редко	Часто	Нет	Редко
Гепатомегалия	Часто	Редко	Нет	При метастазах в печени
Асцит	Нет	Редко	Нет	Часто
Анемия	Нет	Часто	Нет	Часто
Лейкоцитоз	В период обострения	Редко	Нет	Часто
Увеличение СОЭ	В период обострения	Часто	Нет	Часто
Повышение активности - АпАТ, АсАТ - ЩФ, у-ГПТ	Незначительное Незначительное	Часто Часто	Нет Нет	При метастазах в печени Часто
УЗИ	Конкременты в желчном пузыре. Утолщение его стенки	Билиарная гипертензия различной степени выраженности	Одиночные или множественные округлые образования, связанные со стенкой органа	Сегментарное выраженное утолщение стенки, очаговое эхопозитивное образование в просвете органа

Тестовый контроль:

001. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА?

- а) дуоденальное зондирование
- б) УЗИ
- в) холецистография
- г) рентгеноскопия желудка
- д) ретроградная панкреато-холангиография

002. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ ОДНОГО:

- а) симптом Кера
- б) симптом Ортнера

- в) симптом Василенко-Лепене
- г) симптом Мюсси
- д) симптом Мюссэ

003. ДЛЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНО:

- а) смена поносов запорами
- б) изжога
- в) боли в левом подреберье
- г) плохая переносимость жирной пищи
- д) ничего из перечисленного

004. У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА?

- а) атропин
- б) папаверин
- в) нитроглицерин
- г) морфин
- д) анальгин

005. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХОЛАНГИТА:

- а) боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
- б) приступ болей в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
- в) кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос
- г) фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз

д) тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью

006. БОЛЬНАЯ 60 ЛЕТ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЕТ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНОЙ?

а) спазмолитики

б) b-блокаторы

в) антибиотики

г) холеретики

д) холекинетики

007. БОЛЬНОЙ 38 ЛЕТ. В ТЕЧЕНИЕ ГОДА БЕСПОКОЯТ ТУПЫЕ, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, ЧУВСТВО РАСПИРАНИЯ, ЗАПОР. ОБЪЕКТИВНО БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕНТГЕНОСКОПИЯ ЖЕЛУДКА БЕЗ ОТКЛОНЕНИЙ ОТ НОРМЫ. ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОМ ЗОНДИРОВАНИИ ПОРЦИЯ В НЕ ПОЛУЧЕНА. ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ХОРОШО ЗАПОЛНЕН КОНТРАСТОМ, ПОСЛЕ ПРИЕМА 2 ЯИЧНЫХ ЖЕЛТКОВ НЕ СОКРАТИЛСЯ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

а) хронический холецистит в стадии обострения

б) дискинезия желчных путей гипотонического типа

в) хронический холангит

г) дискинезия желчных путей гипертонического типа

д) хронический персистирующий гепатит

008. ЗАСТОЮ ЖЕЛЧИ СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

а) нарушение ритма питания

- б) понос
- в) беременность
- г) малая физическая активность
- д) психоэмоциональные факторы

009. ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ:

- а) с непереносимостью жиров
- б) после вирусного гепатита
- в) с идиосинক্রазией к йоду
- г) с желчнокаменной болезнью
- д) в любом из перечисленных случаев

010. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ:

- а) бромсульфалеиновой пробы
- б) уровня γ -глобулинов
- в) уровня аминотрансфераз
- г) уровня ЩФ
- д) уровня кислой фосфатазы

011. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ:

- а) гастрин
- б) панкреатического сока
- в) холецистокинина
- г) секретин
- д) холестерина

012. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛЧИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) эмульгация жиров
- б) гидролиз углеводов
- в) лизис белков

- г) лизис жиров
- д) нейтрализация желудочного содержимого

013. ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) состояние нервной системы
- б) гормональные расстройства в регуляции функции желчного пузыря
- в) заболевания желудка и 12перстной кишки
- г) все перечисленное

014. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- а) коликообразными или схваткообразными болями
- б) болью после еды с иррадиацией в правую лопатку, ключицу
- в) при рентгенологическом исследовании выявляется интенсивная тень небольшого пузыря и ускорение его опорожнения
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

015. ГИПОКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- а) ноющими и распирающими болями в правом подреберье с иррадиацией в правую ключицу и лопатку
- б) при рентгенологическом исследовании – пузырь удлиннен, расширен, опорожнение его замедлено
- в) частым сочетанием с язвенной болезнью 12перстной кишки и гастродуоденитом
- г) всем перечисленным
- д) правильные ответы б) и в)

016. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) H₂-блокаторы гистамина
- б) гастроцитопротекторы
- в) холеспазмолитики
- г) беззондовые тюбажи
- д) хирургическое лечение

017. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) холекинетики
- б) спазмолитики
- в) хирургическое лечение
- г) антациды
- д) ферменты

018. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) количественные и качественные отклонения в пищевом режиме
- б) моторно-секреторные нарушения в системе желчного пузыря и желчных путей
- в) инфекции
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы б) и в)

019. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНА ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ:

- а) в правое плечо
- б) в правую лопатку
- в) в межлопаточное пространство
- г) в область сердца

д) во все перечисленные области

020. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛАНГИТА ХАРАКТЕРНЫ:

а) субфебрильная температура

б) болевые приступы

в) кратковременная желтуха

г) кожный зуд

д) все перечисленное

021. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАПРАВЛЕНО:

а) на устранение дискинезии

б) на усиление желчевыделения

в) на подавление инфекции

г) на ликвидацию холестаза

д) на все перечисленное

022. В ЛЕЧЕНИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

а) но-шпы

б) гимекромона

в) циметидина

г) гепабене

д) холагола

023. НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ РАЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ:

- а) билиарного цирроза печени
- б) нарушения моторной и концентрационной функции желчного пузыря
- в) почечной недостаточности
- г) холонгита
- д) хронического панкреатита

Ответы на тесты: 001-б , 002-д , 003-а,г , 004-г , 005-г , 006-д . 007-б , 008-б , 009-в , 010-г , 011-в , 012-а , 013-д , 014-г , 015-г , 016-в , 017-а , 018-г , 019-д , 020-д , 021-д , 022-д, 023-д

ЛИТЕРАТУРА:

1. Григорьев П.А., Яковенко А.В.-Клиническая гастроэнтерология.- М.,2004.
2. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей.-М., 2005.
3. Комаров Ф.И., Осадчук М.А., Осадчук А.М. Практическая гастроэнтерология.-М., 2010.
4. Калинин А.В., Логинов А.Ф., Хазанов А.И. Гастроэнтерология и гепатология.-М., 2011.
5. Комаров Ф.И., Гребнев А.Л. Руководство по гастроэнтерологии.- М., 2010.
6. О कोरोков А.Н. Лечение болезней внутренних органов.- М.:Медицинская литература.-2006.-533с.
7. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов.-М.: Медицинская литература.-2006.-540 с.
8. Панфилов С.А., Панфилова Е.В. Диагностика заболеваний печени, билиарного тракта, поджелудочной железы, селезенки и надпочечников с курсом патологической анатомии.- М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003.-215 с.

9. Питер Р. МакНелли. Секреты гастроэнтерологии.-С-П., 2001.