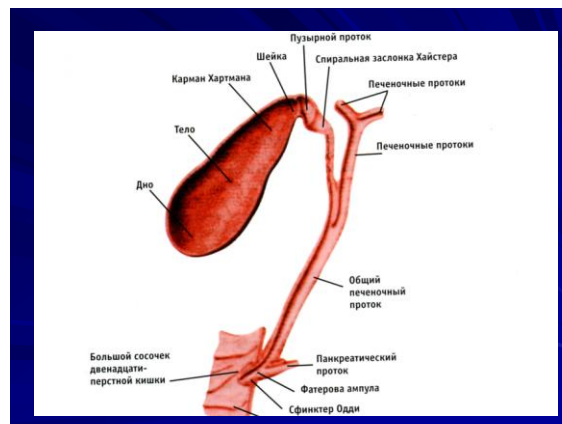


Заболевания желчевыводящих путей



Классификация.

1. Функциональные заболевания (дискинезии):
 - А. Дисфункция желчного пузыря и желчевыводящих путей
 - гипокINETический тип
 - гиперкинетический тип
 - Б. Дисфункция сфинктера Одди:
 - спазм
 - недостаточность
 2. Воспалительные заболевания желчного пузыря и ЖВП:
 - А. Хронический холецистит
 - Б. Хронический холангит.
 3. Обменные заболевания (желчно-каменная болезнь):
 - холецистолитиаз
 - холедохолитиаз
 4. Постхолеистэктомический синдром: (дисфункция сфинктера Одди)
 5. Опухолевые заболевания
 - доброкачественные
 - злокачественные
- Дискинезии желчевыводящих путей (ЖВП).

Определение:

- Дискинезии желчных путей – наиболее частые расстройства системы желчевыделения, характеризующиеся изменением тонуса желчного пузыря, желчных протоков и их сфинктеров, проявляющиеся нарушением оттока желчи в 12-перстную кишку, сопровождающиеся появлением болей в правом подреберье

Клиника:

- При гиперкинетической форме дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди отмечаются кратковременные, продолжительностью не менее 20 минут, схваткообразные, приступообразные, острые боли в правом подреберье или в эпигастрии, с иррадиацией в правую лопатку, ключицу и предплечье, спину, возникающие после приема пищи или ночью, тошнота, рвота.

- Для гипотонического (гипокINETического) типа дискинезии характерны тупые, ноющие, распирающие боли в правом подреберье, с иррадиацией в спину или правую лопатку, чувство тяжести в брюшной полости, сопровождающееся тошнотой, рвотой, нарушением стула. Боли имеют длительный характер (иногда несколько дней, нередко постоянные), стихают после приема пищи или желчегонных препаратов.

В диагностике дискинезий желчевыводящих путей:

- фракционное дуоденальное зондирование
- холецистография
- ультрасонография
- эзофагогастродуоденоскопия
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- холесцинтиграфия с ^{99m}Tc

- При использовании методов контрастного рентгеновского или ультразвукового исследования при гипертоническом типе дискинезии отмечают интенсивную тень желчного пузыря, размеры его уменьшены. Опорожнение пузыря ускорено.

- Для уточнения характера дискинетических расстройств проводится ультразвуковое исследование до и после приема пробного завтрака или внутривенного введения холецистокинина в дозе 20 мг/кг массы тела, а также - холецистография с определением времени накопления контраста в желчном пузыре и времени его опорожнения после введения холецистокинина.

- При проведении контрастного или ультразвукового исследования при гипотоническом типе дискинезии наблюдается увеличение размеров и опущение пузыря, часто с удлинением и расширением его формы.

Для уточнения характера дискинетических расстройств с помощью УЗИ натощак и после желчегонного завтрака исследуют объем желчного пузыря. Моторно-эвакуаторная функция пузыря считается нормальной, если его объем к 30 - 40 мин уменьшается до 1/3 - 1/2 от первоначального. При наличии дисфункции сфинктера Одди после желчегонного завтрака диаметр общего желчного протока составляет 0,4 - 0,6 см.

Лечение.

- режим;
- диетотерапию;
- лекарственную терапию;
- физиотерапию;
- водолечение;
- санаторно-курортное лечение.

Лечение гипертонического типа дискинезии ЖВП:

- **Очень важен психоэмоциональный покой.**
- **Показано ограничение продуктов, стимулирующих сокращения пузыря – животные жиры, мясные, рыбные, грибные бульоны, яйца.**
- **Холеспазмолитики - мебеверин, папаверин, дротаверин, одестон.**

Лечение гипотонического типа дискинезии ЖВП:

- В лечении дисфункции желчного пузыря по гипотоническому типу целесообразно расширение двигательного режима, растительные жиры, отруби, овощи, зелень. Прокинетики: цизаприд 5-10 мг 3 раза в день; домперидон 5-10 мг 3 раза в день за 30 минут до еды; метоклопрамид 5-10 мг в сутки. Холеретики (никотин, оксафенамид, циквалон, аллохол, дигестал).

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

- По наличию конкрементов
 - Хронический холецистит без холецистолитиаза
 - Хронический калькулёзный холецистит
- По стадии:
 - Обострение
 - Ремиссия
- По течению
 - Легкая (1-2 обострения в год, желчные колики не чаще 4 раз в год)
 - Средней тяжести (3-4 обострения в год, желчная колика до 5-6 раз в год)
 - Тяжелая (обострения 5 и более раз в год)

Симптомы при обострении холецистита:

- **КЕРА** – болезненность при пальпации желчного пузыря.
- **ГРЕКОВА-ОРТНЕРА** – болезненность при поколачивании кистью по реберной дуге справа.
- **МЮССИ-ГЕОРГИЕВСКОГО** – болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
- **ЛЮПЕНЕ** – болезненность при поколачивании в правой подреберной области на высоте вдоха при выпячивании живота.
- **МЕРФИ** – больной внезапно прерывает вдох при соприкосновении пальцев с зоной проекции желчного пузыря.
- **МАК-КЕНЗИ** – болезненность в точке, образуемой пересечением правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота.

Определение.

- Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена липидов и/или билирубина, характеризующееся образованием желчных камней в печеночных желчных протоках (внутрипеченочный холелитиаз), в общем желчном протоке (холедохолитиаз) или в желчном пузыре (холецистолитиаз). Чаще желчные камни формируются в желчном пузыре.

Распространенность.

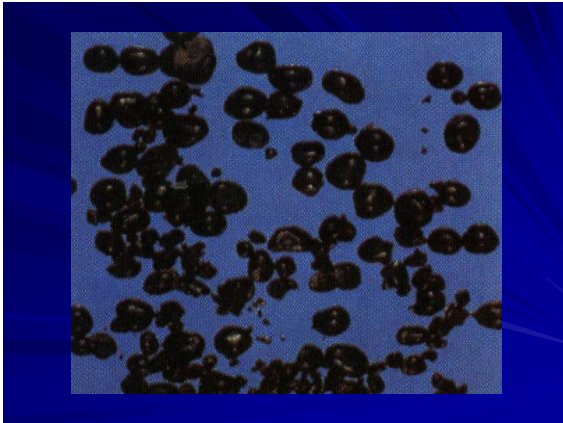
- В промышленно развитых странах частота ЖКБ составляет примерно 10-15%. Женщины страдают в два раза чаще, чем мужчины. В возрасте старше 40 лет желчнокаменной болезнью страдает каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. В возрасте до 50 лет заболеваемость ЖКБ составляет 7-11%, в группе лиц 50-69 лет - 11-23%, а среди лиц старше 70 лет - 33-50%. ЖКБ страдает 25 млн. американцев. Каждый год выявляется 1 млн. новых случаев в США.

Желчные камни:

холестериновые, черные и коричневые пигментные.

Холестериновые – чаще в индустриальных странах., в 70-90% - в желчном пузыре.

Черные пигментные камни (чаще у пациентов с гемолитическими анемиями) и коричневые камни - в 60% в холедохе.



Факторы риска:

- ожирение
- гиперлипидемия
- панкреатическая недостаточность
- лекарства
- высококалорийная диета
- генетическая предрасположенность,
- инфекции
- паразитарные инвазии.

КЛАССИКАЦИЯ ЖКБ ПО СТАДИЯМ.

I стадия - начальная или предкаменная (физико-химическая):

Формирование литогенной желчи (богатой холестерином и бедной желчными кислотами), образование хлопьев, кристаллов. Может продолжаться много лет.

- густая неоднородная желчь
- стадия формирования билиарного сладжа:
- с наличием микролитов;
- с наличием замазкообразной желчи;
- сочетание микролитов с замазкообразной желчью.

II стадия - формирование желчных камней. Латентная (бессимптомная):

- по локализации
- по количеству
- по составу
- по клиническому течению

III стадия – клиническая (хронического калькулезного холецистита); Желчная колика.

IV стадия - осложнений.

Лечение:

- На 1 стадии рекомендована нормализация массы тела, лечение гиперхолестеринемии. Лечение холецистита (назначение антибиотиков, спазмолитиков, желчегонных). Показан урсофальк (урсосан) 250 мг 3-6 мес.

На 2 стадии заболевания:

- литолитическая терапия
- антибиотики
- хирургическое лечение.

На 3 стадии: используют методы лечения 1-2 стадии и лечение желчной колики.

В растворении липидных конкрементов (литолитическая терапия) при размере камней менее 15-20мм и заполнении менее половины желчного пузыря без холедохолитиаза используются препараты желчных (урсодезоксихолевой и хенодезоксихолевой)

Оптимальная суточная доза препаратов составляет 12-15 мг/кг массы тела больного.

Продолжительность лечения составляет от 3 месяцев до 2-3 лет. Урсофальк или литофальк (комбинация 2-х кислот).

Показанием к оперативному лечению больных ЖКБ является :

- непрерывно рецидивирующее течение заболевания, наличие осложнений. Методом выбора оперативного лечения является холецистэктомия. Операция показана во всех случаях, когда присоединяются ранние клинические симптомы калькулезного холецистита (колика, лихорадка, отсутствие стойкой ремиссии в промежутках между приступами).
- В настоящее время используют следующие виды оперативного лечения: открытую и лапароскопическую холецистэктомию, холецистостомию, папиллосфинктеротомию.

Абсолютными показаниями к проведению оперативного лечения являются:

- камни желчного пузыря, проявляющиеся клиническими симптомами;
- хронический холецистит (рецидивирующие желчные колики, нефункционирующий желчный пузырь);
- конкременты общего желчного протока;
- эмпиема и водянка желчного пузыря;
- гангрена желчного пузыря;
- перфорация и пенетрация пузыря и формирование свищей;
- синдром Миризи;
- необходимость исключения рака желчного пузыря;
- кишечная непроходимость, обусловленная желчным камнем.

■ Среди перечисленных показаний основным является хронический калькулезный холецистит