

# Болезни внепеченочных желчевыводящих путей , желчного пузыря



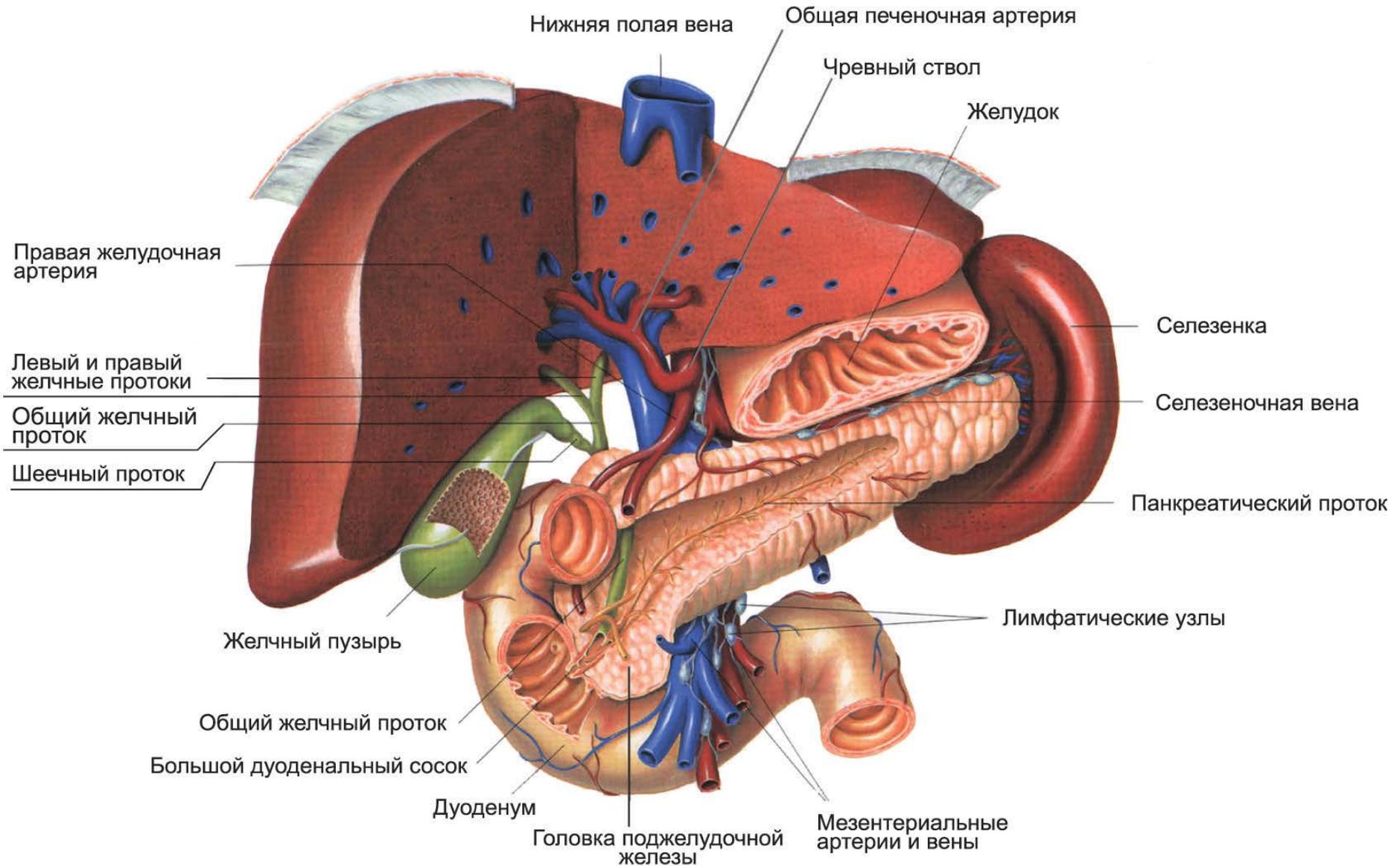
Санкт-Петербургский медицинский Государственный  
университет имени академика И.П.Павлова

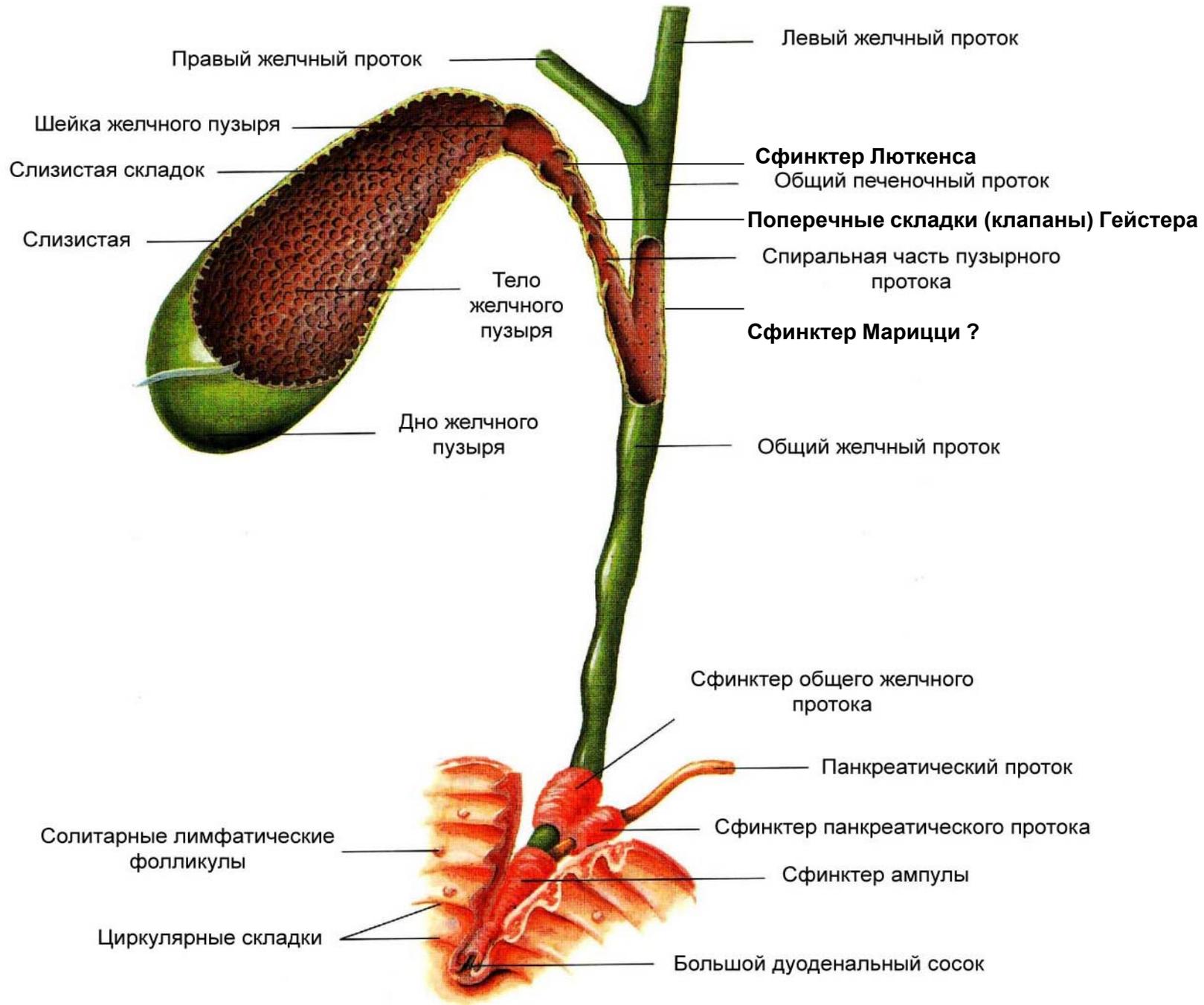
[www.spbmeduftk.ru](http://www.spbmeduftk.ru)

Заслуженный врач РФ

Доцент Е.В.КРАЕВСКИЙ

# Анатомия печени





Иннервация и управление  
кинетической функции желчного  
пузыря , желчных протоков,  
сфинктеров, осуществляется  
через симпатикус, блуждающий и  
правый диафрагмальный нервы.

Отсутствие координации в работе сфинктеров внепеченочных желчных путей и желчного пузыря в межпищеварительный период и во время пищеварения , приводит в к **повышению давления** в определенных участках (желчном пузыре, протоках). Клинически это проявляется дискомфортом или болями в правой половине эпигастральной области.

# Т.О. - дискинезии желчных путей

Это комплекс расстройств билиарной системы, обусловленных нарушениями двигательной функции желчного пузыря и протоков **при отсутствии органических изменений этих органов.**

Чрезмерное или недостаточное сокращение желчного пузыря, несогласованная деятельность сфинктеров Одди, Мирицци, Люткенса – причина болевого синдрома и возможных расстройств пищеварения.

*Может быть как самостоятельное заболевание, или как вторичное - при заболеваниях билиарной системы и других органов пищеварительного тракта .*

*Эндокринная дискинезия при гиперэстрогемии у молодых женщин.*

# **ДЖП.Этиология и патогенез**

- **Первичная ДЖП рассматривается как психосоматическое заболевание – острые и хронические психотравмирующие ситуации, семейные, сексуальные, профессиональные, глубинные внутриличностные конфликты.**
- **Доказано, что играют роль нарушения холинэргической и адренэргической регуляции желчного пузыря и протоков, изменения уровня секреции гормонов : холецистокинина, секретина, соматостатина. Часто провоцирующим фактором являются алиментарные нарушения (алкоголь, жирное жареное мясо, термически обработанные жиры, оладьи, пироги и др.)**
- **Так как нарушения нейрогуморальной регуляции наблюдаются при других заболеваниях пищеварительного тракта и др. внутренних органов, ДЖП «вписываются» в «программу» этих болезней и во многих случаях не выделяются в диагнозе.**

**Гипертоническая дискинезия – следствие функционального препятствия в области сф. Одди или шейечно-протоковом отрезке (сф. Люткенса), или гипертония желчных путей на всем протяжении (эссенциальная как следствие повышенного тонуса блуждающего нерва). Как правило сопровождается гиперкинезией (бурное опорожнение желчного пузыря)**

**Быстрое повышение давления в желчном пузыре при наличии препятствия в шейечном отделе, повышение давления в желчных путях при спазме сф. Одди – факторы вызывающие боли в правом подреберье, как правило острые и кратковременные. Боли возникают вслед за приёмом пищи (жиры) вызывающей выделение слизистой двенадцатиперстной кишки секретина и холецистокинина, которые вызывают сокращение желчного пузыря и открытие сф. Одди, при согласованном действии блуждающего и симпатических нервов.**

**Гипотоничекая - гипокинетическая дискинезия – следствие повышенного тонуса спланхического нерва (симпатической инервации). Боль обусловлена растяжением желчного пузыря и застоом желчи. Как правило появляется через 20 – 40 мин. после приема жирной, жареной пищи. Боль длительная, тупая иногда в виде тяжести (дискомфорта) в правом подреберье.**

**Как правило встречается при гипотиреозе, особенно при миксэдеме. Гипоандрогенизм и недостаточность гормонов коры надпочечников может быть причиной гипокинезий.**

**Часто сочетается с гипомоторной дискинезией кишечника (СРК).**

# ДЖП. Клиника

**«Местные» симптомы : боли в правом подреберье, иногда с иррадиацией в правое плечо, лопатку.**

**При ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ дискинезии – тупые, ноющие, неопределенные, длительностью от нескольких часов до дней, часто связаны с диетическими нарушениями.**

**При ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ – резкие, острые, схваткообразные, кратковременные, как правило связаны с приемом пищи, стрессом, иногда возникают «за столом».**

***Не бывает лихорадки, печеночной колики, желтухи, в анализе крови нет признаков воспаления.***

**Объективно: болезненность в правом подреберье, симптомы Кера, Мерфи, Ортнера .**

**Общие симптомы : признаки астении, депрессии и ипохондрии. Плохое настроение, усталость, расстройство сна, аппетита. Нередко больные строят гипотезы по поводу своего «тяжелого» состояния и активно убеждают в своей правоте лечащего врача.**

## **ДЖП. Диагностика**

- **Общий анализ крови, мочи**
- **АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, амилаза,сахар крови**
- **ФГДС**
- **УЗИ**
- **Дуоденальное зондирование\***
- **Консультации специалистов по показаниям**

# Дискенезии ж.в.п. -лечение

## *Диета*

- 1. Не рекомендовать продукты, вызывающие гиперсекрецию: алкогольные напитки, маринады, пряности, копчености, пережаренные жиры (при гиперкинезии)**
- 2. Не рекомендовать продукты, содержащие вещества, обуславливающие спастические сокращения желчного пузыря: концентрированные жиры, пережаренные жиры, яйцо, субпродукты (при гипокинезии)**

# Лечение гипокинетической дискинезии

**Препараты, стимулирующие образование желчи и опорожнение желчного пузыря и обладающие спазмолитическим свойством**

- **«Одестон» по 200 – 400 мг перед едой (гимекромон)**
- **«Хофитол» по 200 мг перед едой при гипотонии**
- **«Осалмид» по 250 - 500 мг перед едой (оксафенамид)**
- **«Холагол» по 5 кап перед или во время еды**
- **«Аллохол» по 2 таб во время еды**
- **Гомеопатические средства: галстена, дуоденохель, берберис, наборы желчегонных трав, «Гепабене» .**
- **«Слепое зондирование» с использованием минеральных вод или сернокислой магнезии (при отсутствии камней)**

# Лечение гиперкинетической дискинезии

## МИОТРОПНЫЕ СПАЗМОЛИТИКИ

- **ДЮСПАТАЛИН** (мебеверин) 0,2
- **ДИЦЕТЕЛ** (пинаверий бромид) 0,05
- **НО – ШПА** (дротаверин) 0,04
- **ПАПАВЕРИН** 0,04
- **МЕТАЦИН** 0,002
- **ТРИМЕБУТИН** 0,2 («Тримедат») нормокинетик. Восстанавливает подвижность сф. Одди после холецистэктомии (регулирует энкефалинергическую иннервацию)

## ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

**Лекарственная коррекция вегетативной дисфункции, субдепрессии, депрессии, тоскливо-тревожного синдрома, навязчивых страхов, бессонницы, раздражительности: «ПРОСУЛЬПИН» (Сульпирид, Эглонил) 100 мг в первой половине дня не менее 4 – 6 месяцев, «Атаракс», «Грандаксин», и др. антидепрессанты.**

**Хронический холецистит –  
воспалительное заболевание  
желчного пузыря инфекционной  
природы. Выделяют некалькулезный  
и калькулезный. При этом воспаление  
может быть катаральным, гнойным, а  
в период выраженного обострения  
могут быть деструктивные формы.  
При бескаменном холецистите  
воспалительный процесс чаще всего  
локализуется в шейке пузыря.**

# **Хронический холецистит. Клиника**

**Местные симптомы – обусловленные двигательными нарушениями (дискинезиями) в билиарной системе.**

**Общие симптомы – связаны с воспалительным процессом в желчном пузыре. Лихорадка, ознобы, ухудшение общего самочувствия.**

**При калькулёзном холецистите обострение проявляется приступом печеночной колики. Боль иррадирует в правое плечо, под лопатку. Тошнота и рвота, не приносящая облегчения. Желтуха преходящая или стойкая при закупорке протока. Может пальпироваться увеличенный желчный пузырь, болезненность и напряжение мышц в правом подреберье.**

**При бескаменном холецистите чаще гипомоторная дискинезия, – боль тупая, длительная, при гиперкинетической – боль острая .**

## Хронический холецистит. Диагностика

- Анализ крови: лейкоцитоз, нейтрофилёз, ускоренная СОЭ. Более выражены при калькулёзе.
- Дуоденальное зондирование только с целью выделения микрофлоры, определения чувствительности к антибиотикам, выявления лямблий.
- УЗИ: утолщение стенки пузыря более 3 мм, гиперэхогенность передней стенки, неравномерность и нечеткость контуров, уменьшение прозрачности желчи, сгустки желчи (**билиарный сладж**). Наличие камней. Состояние протоков. Наличие новообразований, пороков развития.

# Лейкоцитарный индекс интоксикации

Формула расчета по Островскому В.К. (1983)

ПК + миел. + Ю. + П. + С.

ЛИИ = -----

Лимф. + мон. + Э. + Б.

(ПК-плазматические клетки) Норма 1,6 + 0,5

- Важный расчетный показатель для оценки степени интоксикации и эффективности лечения. Позволяет своевременно выявить развитие осложнения и прогрессирование процесса при неадекватном лечении обострения холецистита (и других воспалительных заболеваний). Повышение температуры и пульс менее чувствительные показатели интоксикации.

# **Холецистит.Лечение**

## **АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ 7 –10 дней**

- **Рифампицин 0,15 2 раза/сутки до еды**
- **Амоксициллин 1,0 2 раза/сутки после еды**
- **Ампициллин 0,5 3 раза/сутки после еды**
- **Доксициклин (Вибрамицин) 0,1 2 р/сутки после еды**
- **Бисептол (Ко-тримоксазол) 1 капс. 2 р/сутки после еды**

## **ФИЗИОТЕРАПИЯ**

- **Ионофорез с новокаином – обезболивание.**
- **Диатермия на обл. желчного пузыря – через день по 20 МИН**
- **Фарадизация правого блуждающего нерва по 10 мин**
- **«Слепое зондирование» с использованием минеральных вод или сернокислой магнезии (при отсутствии камней)**

Санаторно – курортное лечение: Минеральные воды, Ессентуки, Боржоми и др



# Холестероз желчного пузыря (ХЖП)

Впервые термин предложен N.Mendez-Sanches в 1925 г

В.С.Савельев (1998), предложил патологически связанные болезни с нарушением липидного обмена, объединить в понятие – липидный дистресс-синдром: ХЖП, жировой гепатоз, липогенный панкреатит, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей и органов брюшной полости.

ХЖП – заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина с преимущественным отложением его в стенку желчного пузыря. Основным резервуаром накопления липидов являются «пенистые клетки» слизистой желчного пузыря.

Ранее различали: «земляничный», «малиновый», «крапчатый», «холестериновый полипоз», липоидоз, липоидный холецистит, ксантомный холецистит, «холестеролоз» и т.д.

# **ХЖП – различают каменную и безкаменную формы**

Розанов Б.С., В.А.Пенин. 1973г

Макроскопически различают (Пермяков Н.К., Подольский А.Е., 1969):  
**Сетчатую форму ХЖП** – характерна нежная желтоватая сеточка оплетающая бархатистую слизистую оболочку желчного пузыря, и  
**полипозную.**

- При **очаговом** холестерозе такая сеточка обнаруживается в одном из отделов пузыря (тело, дно, шейка)
- При **диффузной** форме изменения охватывают все отделы пузыря.
- При **полиповидной** форме холестероза в отдельных местах встречаются гроздьевидные образования желтого цвета – холестериновые полипы. ножка полипов обычно тонкая, и возможно отрывание полипа.
- Возможна смешанная форма – **сетчато-полипозная.**

# ХЖП - лечение

- Тактика курации выжидательная: динамическое УЗ наблюдение и своевременное оперативное лечение в случае быстрого роста образования или подозрении на неопластический процесс.
- ХЖП не предопухолевое состояние, поэтому консервативная медикаментозная терапия оправдана.
- **Урсодеоксихолевая кислота (УДХК)** препарат выбора. Увеличивается время нуклеации, снижается индекс насыщения желчи холестерином. «Урсосан» в дозе 15мг/кг в сутки нормализует сократительную функцию желчного пузыря, липидный спектр крови и желчи. Лечение в течение 7 – 9 месяцев ведет к регрессу холестероза у 72% б-ных. Из них у 10% полное растворение , у 19% растворение части полипов, уменьшение желчных камней в 84%, полное растворение их в 41%, растворение части конкрементов в 23%.

## Основные факторы патогенеза образование камней.

Изменение физикохимических свойств желчи (дискрения), перенасыщение желчи холестерином. Нарушение оттока желчи из пузыря (дискинезия). Преципитация кальциевых солей и пигмента является основным патофизиологическим механизмом. Неспособность поддерживать ионы кальция в растворённом виде – основная причина, ведущая к осаждению билирубината, фосфата и карбоната кальция.

Черные пигментные камни – билирубинат кальция и другие соединения билирубина.

Коричневые пигментные камни – билирубинат кальция и холестерин.

**90% камней желчных путей холестериновые.**

**Растворимость холестерина желчи зависит от соотношения холестерина, конъюгированных желчных кислот, фосфолипидов. Перенасыщение желчи холестерином является необходимым условием камнеобразования. Такая желчь называется литогенной. *Стратегия лечения: изменить взаимоотношение желчных кислот с холестерином в сторону превалирования желчных кислот.***

**1972 г. Danzinger , 1975г. Makino предложили использовать **хенодеоксихолевую кислоту**:**

- 1. Снижает синтез холестерина**
- 2. Уменьшает всасываемость холестерина в кишечнике (+ использование естественного адсорбента «Отрубей»)**
- 3. Увеличивает секрецию липидов в гепатоцитах**

## Факторы риска развития желчных камней:

- Быстрая потеря веса
- У 25% лиц при низкокалорийном питании образуются камни желчного пузыря
- У 50% оперированных по поводу ожирения через 7 мес. появляется сладж или камень желчного пузыря
- У 40% оперированных по поводу ожирения через 7 мес. появляются билиарные боли

# Билиарный сладж.

Микроскопическая агломерация кристаллов холестерина, муцина, билирубината кальция и др. пигментных кристаллов. Микроскопические камни диаметром менее 2-3 мм, практически невозможно обнаружить при УЗИ и их скопление интерпретируется как сладж (сгусток). Механизм образования , наиболее вероятно , такой же как камней. Определенную роль играет стаз желчного пузыря. На фоне сладжа камни формируются не всегда. Клинически проявляется симптомами дискинезии или ЖКБ. Диагноз устанавливают при УЗИ.

**Урсодеоксихолиевая кислота – основной препарат лечения билиарного сладжа.**

**УДХК является стереоизомером хенодеоксихолевой кислоты (ХДХК) и является гидрофильной, тогда как другие желчные кислоты (ХДХК, холевая, литохолевая) гидрофобны.**

*Именно поэтому УДХК является единственной нетоксичной среди всех желчных кислот.*

**Обычно в организме человека она составляет 0,1-5% от общего пула желчных кислот.**

**Пероральный прием УДХК на протяжении 2 недель и более приводит к тому, что она становится доминирующим компонентом желчи, вследствие чего начинают проявляться ее лечебные свойства.**

**«УРСОСАН», «УРСОФАЛЬК» капс. 250мг. 10мг на 1 кг/веса, один раз в сутки вечером во время еды, 6 мес и более с перерывами 2-3 мес. (длительно !).**

# **«СУСТАМЕД» - отечественный препарат натуральной медвежьей желчи**

Это БАД содержит медвежью желчь (урсодеоксихолиевую кислоту природного происхождения), расторопшу (содержит силимарин и 150 мг вит.Е) и солянку холмовую (в ее составе флавоноиды, гликозиды, стерины, сапонины).

Используют по 2 капсулы в день, во второй половине дня, после еды.

# Холагенная диарея

А.Парфенов, 2008 г

**Повышенное поступление желчи в толстую кишку, где она тормозит всасывание и усиливает секрецию воды и электролитов в просвет кишки, вызывает гиперсекреторную диарею: водянистый стул с ярко-желтой или зеленоватой окраской фекалий (холерея), боли (дискомфорт) в правой повздошной области. Нередко при ФКС видна желчь в слепой кишке.**

**Этиология:**

- обширная резекция тонкой кишки включая повздошную,**
- распространённые воспалительные заболевания тонкой кишки (вкл. б-нь Крона),**
- гипокинетическая дискинезия желчевыводящих путей , холецистэктомия обуславливают асинхронность поступления пищи и желчи в тонкую кишку , это способствует нарушению внешнесекреторной функции поджелудочной железы и, как следствие, возникновению диареи.**

**Напротив, попадание с пищей сильного возбuditеля сокращения желчного пузыря или гиперсекреция желчи, ведут к избытку желчных кислот и они (ЖК) не успевают реабсорбироваться в тонкой кишке , вызывают диарею.**

- \* Холагенную диарею после холецистэктомии можно рассматривать как вариант постхолецистэктомического синдрома.**

# Лечение холагенной диареи

- \* Диета 4б, овощи термически обработанные.
- \* Энтеросорбенты: «Смекта», «Неосмектин», «Полисорб», «Рени»
- «Гепабене», «Хофитол»
- Лечение дисбиоза пре- и пробиотиками
- Лоперамид в первые дни при выраженной диарее
- При обширной резекции тонкой кишки «Октреотид» по 100 мг 3 раза п/к до стихания диареи (тормозит секрецию воды и электролитов в просвет кишки)

# Лямблиоз

- Обитает лямблия в кишечнике человека (преимущественно у детей), главным образом в двенадцатиперстной кишке, реже в жёлчном протоке и жёлчном пузыре, вызывая лямблиоз, либо бессимптомное паразитоносительство. Заражение (болезнь грязных рук) происходит при посредстве цист, которые образуются, когда лямблия попадает в нижние отделы кишечника и выделяются с калом во внешнюю среду.
- Заподозрить лямблиоз, можно при следующей неспецифической симптоматике:
- абдоминальные боли неясного происхождения;
- упорные тошноты и рвоты;
- длительная диарея или «неустойчивый» стул;
- снижение массы тела у ребенка;
- снижение аппетита;
- явления гиповитаминоза.
- алиментарно необоснованные аллергические реакции
- Диагноз устанавливают при обнаружении трофозоитов или цист [Giardia lamblia](#) в кале, а также трофозоитов в содержимом тонкой кишки.
- Появились методы выявления в кале антигенов паразита. Эти исследования несложны, но столь же чувствительны и специфичны, как и микроскопия кала.
- Лечение: **Фуразолидон** в виде суспензии, 5 мг/кг/сутки в 4 приема 7 дней , или **Метронидазол** 15 мг/кг/сутки в три приёма ( но не более 750 мг/сут) 7 дней.