

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

"Утверждено"
на заседании кафедры
внутренней медицины №1
Заведующий кафедрой
Профессор Скрыпник И.Н.

Протокол № 2 от 15.09.2016 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

<i>Учебная дисциплина</i>	Внутренняя медицина
<i>Модуль</i>	Основы внутренней медицины
<i>Содержательный модуль</i>	Основы диагностики, лечения и профилактики болезней органов пищеварения
<i>Тема занятия</i>	Хронический холецистит и функциональные билиарные нарушения. Желчекаменная болезнь.
<i>Курс</i>	IV
<i>Факультет</i>	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2016 г.

1. Актуальность темы:

Заболевание желчного пузыря и желчевыводящих путей - чрезвычайно распространенная патология внутренних органов, которая в том или другом виде (желчнокаменная болезнь, хронические холециститы, холангиты и др.) выявляется у 10-15% населения развитых стран. Чаще болеют женщины в возрасте после 40 лет, склонные к перееданию и ведущие сидячий образ жизни, после беременности.

2. Конкретные цели:

Студент должен:

- проводить опрос и физикальное обследование пациентов с заболеваниями органов пищеварения;
- обосновывать применение основных инвазивных и неинвазивных диагностических методов, которые применяются в гастроэнтерологии, определять показания и противопоказания для их проведения, возможные осложнения;
- определять этиологические и патогенетические факторы заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- обнаруживать типичную клиническую картину заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- обнаруживать основные варианты течения и осложнения заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- составить план обследования больных при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- проводить дифференциальный диагноз, обосновывать и формулировать диагноз при основных заболеваниях системы пищеварения на основании анализа данных лабораторного и инструментального обследования;
- назначать лечение, проводить первичную и вторичную профилактику при заболеваниях желчевыводящей системы;
- диагностировать и оказывать помощь при неотложных состояниях при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- демонстрировать владение морально-деонтологическими принципами медицинского специалиста и принципами профессиональной субординации.

3. Базовые знания:

- а) курс анатомии - анатомия гепатобилиарной системы;
- б) курс физиологии - физиология и функции желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- в) курс патанатомии - патоморфологические изменения в желчном пузыре при холецистите, ЖКБ, холангите и дискинезиях желчевыводящих путей;
- г) курс рентгенологии - роль контрастной рентгенографии в диагностике холецистита, ЖКБ, дискинезиях;
- д) хирургия - показания к хирургическому лечению ЖКБ.

4. Задание для самостоятельной работы к занятию.

4.1. Перечень основных сроков, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию.

Название	Определение
Холецистит	- острое или хроническое воспаление желчного пузыря

Хронический некалькулезный холецистит (ХНХ)	- воспалительное заболевание, которое поражает стенки желчного пузыря (ЖП), преимущественно в участке шейки и протекает с функциональными нарушениями его мускулатуры, сфинктерного аппарата, циркуляции желчи, а также изменениями ее физико-химических свойств, биохимической структуры
Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)	- обменное заболевание гепатобилиарной системы, которое характеризуется образованием камней в желчном пузыре или желчных протоках
Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖП)	- это нарушение нормальной моторики желчного пузыря и желчных протоков. При отсутствии органических изменений желчного пузыря и печеночных желчных протоков - первичная дискинезия. Если возникает на фоне органических заболеваний - вторичная
Холангит	- это воспалительное заболевание желчных путей
Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)	симптомокомплекс, который объединяет разные патологические состояния и связанные с ним клинические проявления у пациентов после холецистэктомии.

4.2. Теоретические вопросы к занятию

1. Желчнокаменная болезнь. Определение. Этиология, патогенез. Роль инструментальных методов в диагностике. Лечение. Показание к хирургическому вмешательству.

2. Хронический холецистит. Определение. Этиология, патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

3. Функциональные билиарные нарушения. Определение. Этиология, патогенез. Диагностика. Лечение.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

- выяснение жалоб больного, анамнеза заболевания, проведение опроса по системам;
- проведение осмотра, пальпации, аускультации больного;
- овладение навыками трактовки данных эндоскопического исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- овладение навыками рентгенологического обследования желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- овладение навыками проведения дуоденального зондирования и трактовки данных микробиологического и биохимического исследования желчи.

5. Содержание темы:

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – это заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и (или) билирубина, которое характеризуется образованием камней в желчном пузыре и (или) желчных протоках. Различают 3 основных вида камней: холестериновые, пигментные и смешанные

Типы желчных камней

1. Холестериновые камни (первично образуются в ЖП)- 80-90%

2. Черные пигментные камни (первично образуются в ЖП)-10-20%
3. Коричневые пигментные камни, состоящие из билирубината кальция (10-20% камней желчных протоков; их частота может значительно колебаться)
4. Все камни ЖП могут обезызвляться- смешанные камни)

Этиология хронического холецистита и ЖКБ:

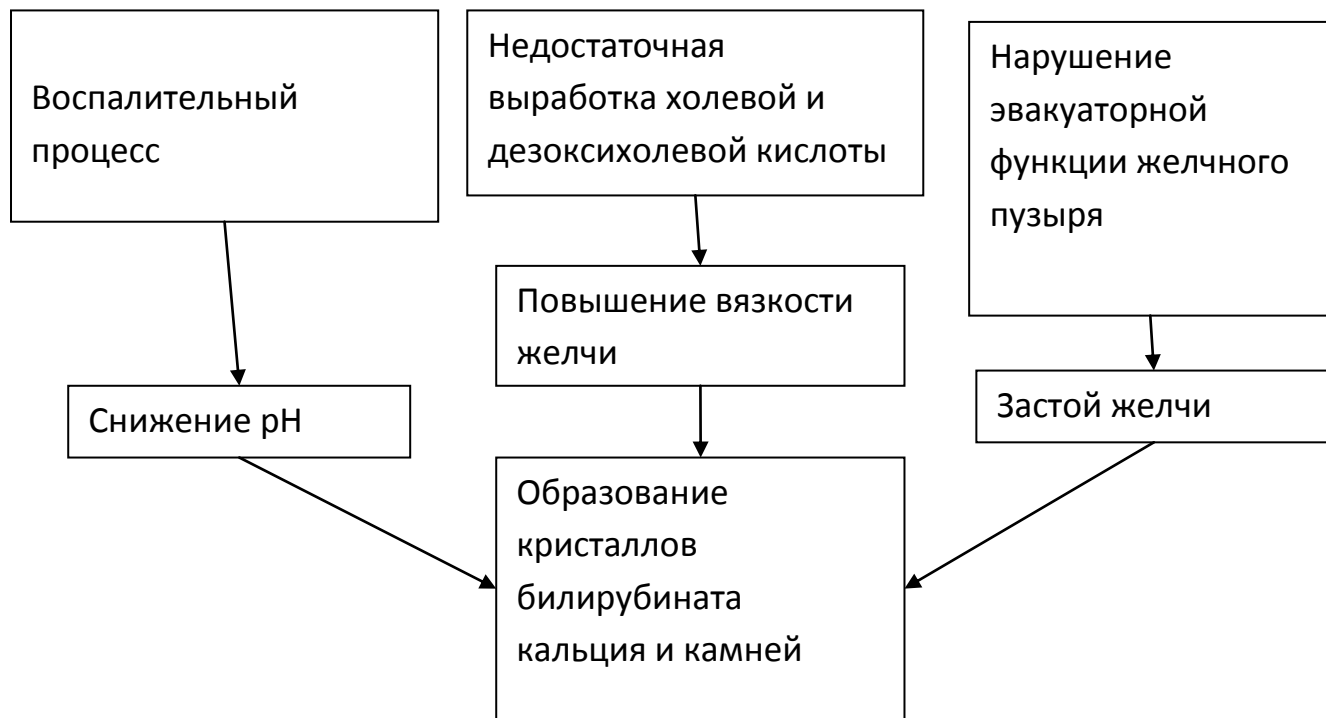
- аллергены, в частности пищевые;
- вирусный гепатит;
- гастрит с секреторной недостаточностью;
- хронический панкреатит, колит, ожирение;
- нарушение обмена веществ;
- инфицирование кишечной палочкой и др.;
- застой желчи;
- наличие конкрементов.

Патогенез:

- восходящий путь поражения (энтерогенный) - бактерии распространяются из нижнего отдела желчного протока по направлению к печени;
- нисходящий (гематогенный) - распространение инфекции по кровеносному руслу из отдаленных участков, чаще из миндалин;
- лимфогенный - распространение инфекции, особенно при наличии перихолецистита с инфицированием желчного пузыря, через воспаление аппендикса;
- дуоденобилиарный рефлюкс;
- дуоденопанкреатическая регургитация.

Желчь печени – это пигментированная изотоническая жидкость, по своему составу напоминающая плазму. К важнейшим компонентам желчи относятся вода (82%), желчные кислоты (12%), лецитин и другие фосфолипиды (4%), неэстерифицированный холестерин (0,7%), К другим составляющим относятся конъюгированный билирубин, протеины, электролиты, слизь, а нередко- лекарственные вещества и продукты их метаболизма. Ежедневно секретируется 500-600 мл печеночной желчи.

МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ



Самый важный и, по видимому, первый механизм образования литогенной (камнеобразующей) желчи – это повышенная секреция в желчь холестерина, что может происходить на фоне ожирения, высококалорийной диеты, приема лекарственных препаратов (клофибрат), на фоне повышения активности ГМК-КоА-редуктазы, ограничивающей скорость синтеза холестерина в печени, а также в результате снижения секреции печенью желчных солей и фосфолипидов (резекция тонкой кишки, болезнь Крона). Второй этап камнеобразования – кристаллизация перенасыщенной холестерином желчи, чему способствует муциновый гликопротеин, содержащийся в слизи, выделяемой слизистой желчного пузыря. Кроме этого, важную роль играют моторные нарушения (застой желчи)

Таким образом, основными патогенетическими моментами камнеобразования является перенасыщение пузырной желчи холестерином, снижение ее коллоидной устойчивости вследствие уменьшения содержания желчных кислот, гипомоторная дисфункция ЖП, способствующая застою желчи, образование центров нуклеации холестерина с последующей его кристаллизацией и постепенной трансформацией в микро- и макролиты.

Основные симптомы и синдромы при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей:

- *болевой синдром* - появление боли в точке проекции желчного пузыря или правом подреберье, которая усиливается после употребления жирной, жареной, острой еды и при физическом перенапряжении. Ее возникновение связано с воспалением в стенке желчного пузыря (острый и хронический холецистит) или механическим раздражением камнем слизистой и перерастяжением стенки за счет повышенного внутрипузырного давления при желчнокаменной болезни;

- *диспепсический синдром*. Возникновение его связано с висцеровисцеральными рефlekсами при поражении других органов (желудка, поджелудочной железы, кишечника). Характеризуется тошнотой, рвотой, которая не приносит облегчения,

горечью во рту (за счет закидывания желчи в желудок), запорами или поносом, отрыжкой;

- *астеновегетативный синдром* – как результат поражения вегетативной нервной системы (общая слабость, бессонница, раздражительность);

- *синдром интоксикации*, связанный с воспалительно деструктивными изменениями в желчном пузыре (повышение температуры, лихорадка, общая слабость, анемия, недомогание);

- *желтуха* – обусловленная нарушением оттока желчи из-за препятствий (камни, стриктуры, опухоли);

- *кардиальный синдром* - связанный с иррадиацией боли, рефлекторным влиянием на коронарные сосуды, биохимическими нарушениями в крови (интоксикация, гипогликемия, нарушение ферментативного и углеводного обменов). Характеризуется тахикардией, увеличением пульсового и венозного давления, нарушением коронарного кровообращения и сердечного ритма. Наблюдается при хроническом холецистите и ЖКБ;

- *синдром предменструального напряжения*. Возникает у женщин, появляется обострением заболевания во вторую фазу менструального цикла;

- *симптом Ортнера* - болезненность во время постукивания по краю правой реберной дуги;

- *симптом Кера* - возникновение или увеличение боли во время глубокой пальпации на высоте вдоха в пузырной точке (точка перекреста реберной дуги с правым краем прямой мышцы живота);

- *френикус-симптом* (Мюсси-Георгиевского) - болезненность при нажатии между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;

- *симптом Курвуазье* - в случае водянки желчного пузыря.

Клинические проявления ЖКБ зависят от расположения желчных камней, их размеров, активности воспаления, функционального состояния желчевыводящей системы, а также от поражения других органов пищеварения. Камень, который попал в шейку желчного пузыря, obturates его выход и тем самым вызывает печеночную колику. Если величина камня до 0,5 см, то он может попасть в двенадцатиперстную кишку, появиться в кале, остановиться в общем желчном протоке, вызвав полную или перемежающуюся obturацию (вентильный камень). Желчь при этом всегда оказывается инфицированной, и холелитиаз сопровождается воспалением (холедохит, холангит).

Острый холецистит (ОХ), как правило, возникает тогда, когда камень попадает в пузырный проток, который приводит к отеку стенки желчного пузыря с кровоизлиянием в подслизистую оболочку с ее повреждением. ОХ проявляется постоянной сильной болью в правом верхнем квадранте живота, лихорадкой, лейкоцитозом, позитивным симптомом Мерфи.

Бескамерной ОХ возникает вторично при сальмонеллезе, сепсисе, травме.

Хронический калькулезный холецистит (ХКХ) характеризуется рецидивирующими нападениями желчной колики в правом подреберье. Возникает внезапно, чаще после еды, сопровождается субфебрильной температурой, тошнотой, временами тошнотой. Боль усиливается при движениях, глубоком дыхании. У женщин колика временами совпадает с менструацией или возникает после родов. Боль отдает в поясницу, область сердца, имитирует нападение стенокардии.

Камни общего желчного протока (холедохолитиаз) проявляются болями и желтухой. Холедохолитиаз возникает при прохождении желчного камня из пузыря в общий проток. Симптомы часто интермитирующие, представленные лихорадкой, ознобом и желтухой с характерным повышением щелочной фосфатазы и трансаминазы в сыворотке крови.

Холангит характеризуется болями в верхней половине живота, чаще справа, желтухой, лихорадкой, нередко ознобом. Чаще связанный с подпеченочным холестазом при калькулезной обструкции магистрального желчного протока. При кратковременном

нарушении оттока желчи, которая неоднократно повторяется, развивается хронический холангит, при котором после нападения желчной колики возникает легкий озноб с повышением температуры, моча приобретает темный цвет, временами присоединяется желтуха. При обследовании в крови находят нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ, гипербилирубинемия, кратковременное увеличение щелочной фосфатазы.

Гангрена желчного пузыря и эмпиема проявляются сепсисом, тяжелым состоянием больного с симптомами перитонита. Гангрена - гнилостное воспаление желчного пузыря, эмпиема - острое гнойное воспаление, характеризующееся интоксикацией и высоким риском перфорации.

Эмфизематозный холецистит развивается под воздействием метаболитов газообразующих бактерий (часто клостридий или стрептококков) в простенке и стенке желчного пузыря.

Холангиокарциному можно заподозрить, если наблюдается снижение массы тела, постоянная боль, желтуха у пациентов, которые долго болели хроническим калькулезным холециститом.

Хронический бескаменный холецистит (ХБХ): при наличии клиники хронического холецистита необходимо исключить паразитарную инвазию (описторхоз, стронгилоидоз, лямблиоз, фасцильоз), а также ЖКБ. ХБХ может вызываться условно патогенной флорой (эшерихией, стрептококком, энтерококком). Микробы попадают в желчный пузырь, влекут застой в нем желчи (дискинезии желчного пузыря), изменение ее химического состава. Клиническая картина характеризуется длительным и прогрессирующим течением с периодическими обострениями. Ведущий симптом - боль ноющего характера, которая возникает после приема жирной пищи, яиц, холодных газированных напитков, вина, пива, острой еды, локализуется в правом подреберье и длится на протяжении многих часов, дней, временами недель. Боль совмещается с тошнотой, отрыжкой, вздутием живота, нарушением стула - чередование запоров и поносов, горечью во рту по утрам, повышением температуры, позитивным симптомом Мерфи, Ортнера, Кера. Инструментальные признаки: выявление при УЗИ: утолщение стенки ЖП более 4 мм (основной диагностический УЗ-критерий), застой и сгущение желчи, его деформация, выявление признаков воспаления при микроскопии и посеве желчи (во время дуоденального зондирования)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Признаки	Дискинезия	Хронический холецистит	
		Бескаменный	Калькулезный
Начало заболевания	Чаще острый	Постепенный	Острый
Боль	Приступообразная	Чаще постоянная	Приступообразная
Стул	Чередование поноса с запором проноса закрепом	Склонность к запорам	Склонность к запорам
Желтуха	Отсутствует	Иногда	Периодическая после нападения

Масса тела	Нормальная	Нормальная	Часто увеличенная
Боль в правом подреберье	Непостоянная	Постоянная гиперестезия	Выраженная, определяется резистентность передней брюшной стенки
Температура тела	Нормальная	Может быть субфебрильная	Нормальная
Лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Отсутствует	При значительном обострении, вне рецидива - норма СОЭ, возможна лейкопения	Возможные на фоне обострения
Уробилин в моче	Без отклонений от нормы	Неустойчивая уробилинурия	Иногда увеличение
Билирубин в моче	Отсутствует	Выявляется или отсутствует	Выявляется

Состав желчи	Нормальный, в случае гипотонии желчного пузыря - увеличение липидного комплекса	Признаки воспаления: эпителиальные клетки, снижение липидного комплекса, увеличение содержания белков, в случае обострения - наличие С-реактивного протеина, увеличение мукоидных веществ	Признаки воспаления: увеличение холестерина, снижение билирубина, холато-холестеринового индекса, песок
Уровень холестерина в крови	Нормальный	Нормальный	Часто увеличенный
Активность щелочной фосфатазы	Нормальная	Нормальная	Повышенная
Уровень билирубина в крови	Нормальный	Нормальный или иногда повышенный (непрямой)	Повышается после обострения (преимущественно прямой)

Концентрационная функция желчного пузыря (хромато-диагностическое исследование)	Нормальная	Сниженная	Повышенная
Рентгениследование	Без изменений, иногда нарушение функции	Нарушение функции, часто увеличение размеров, деформация	Наличие камней

Функциональные нарушения билиарного тракта

МКБ-Х

К 82.8 Дискинезии желчного пузыря и пузырного протока

К 83.4 Спазм сфинктера Одди

Функциональные нарушения билиарного тракта - это комплекс клинических симптомов, которые развиваются в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря и/или сфинктерного аппарата желчевыводящих путей (ЖВП).

Независимо от этиологии выделяют 2 типа дисфункции: дисфункцию желчного пузыря (ЖП) и дисфункцию сфинктера Одди.

ДЖП – это нарушение сократительной функции ЖП, которое проявляется болью билиарного типа: (гиперкинетическая и гипокинетическая.)

ДСО - функциональное билиарное расстройство, обусловленное нарушением его сократительной функции, которое мешает нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в 12 перстную кишку при отсутствии органической патологии. Выделяют билиарный тип дисфункции сфинктера Одди (3-х) типов и панкреатический тип дисфункции сфинктера Одди.

Дискинезия желчевыводящих путей - это беспорядочные, несвоевременные, недостаточные или избыточные сокращения желчного пузыря и сфинктеров Одди, Люткенса, Мартынова, Мирицци. При отсутствии органических изменений желчного пузыря и внепеченочных желчных путей - первичная дискинезия. Если она возникает на фоне органических заболеваний - вторичная.

Возникновение первичной дискинезии вызывается нарушением функции центральной и вегетативной нервной системы (неврозы, гипоталамические расстройства), эндокринными расстройствами (недостаточная продукция тиреоидина, кортикостероидов, половых гормонов), висцеро-висцеральными рефлексам (при язвенной болезни, дуодените, панкреатите, болезнях позвоночника).

При гипотонической дискинезии желчного пузыря пациент часто жалуется на тупую, ноющую боль в области правого подреберья, которой свойственна четкая иррадиация, горечь во рту, вздутие живота. У больных с гипертонусом желчного пузыря боль в правом подреберье интенсивная, иногда носит характер колик, иррадирует в правую лопатку, а иногда в область сердца, возникает внезапно, сопровождается бурным вегетативным кризом (приливы крови, потливость, тахикардия). Температура тела, картина крови - нормальные. В таких случаях боль связана не за счет перерастяжения желчного пузыря, а за счет спазма мышц.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Признаки	Гипертоническая форма дискинезии желчных путей	Гипотоническая форма дискинезии желчных путей
Боль в правом подреберье	Кратковременная, внезапная, колико-подобная, острая, с иррадиацией в правую лопатку или область сердца	Постоянная, тупая, ноющая, без четкой иррадиации, часто сопровождается тошнотой, горьким привкусом во рту, плохим аппетитом
Вазомоторный и нейро вегетативный синдром	Наблюдается часто	Наблюдается редко
Эффект дуоденального зондирования	Негативный	Позитивный

Рефлекс Мельтцера-Ла-ена (выделение желчи - порция В - после введения через зонд теплого желчегонного средства)	Вторая фаза дуоденального зондирования 6-16 мин., выделение пузырной порции желчи стремительно, кратковременно (10-15 мин.), сопровождается болью	Вторая фаза - 1-3 мин., выделение пузырной порции желчи медленное (60 мин. и более), нередко после второго введения раздражителя
Вместимость желчного пузыря	Не превышает 15-20 см ³	Достигает 100 см ³ и больше
Коэффициент опорожнения желчного пузыря (холестистограмма)	30% и больше	20% и меньше
Цвет желчи и данные микроскопии	Без особенностей	Насыщенного темного цвета, при микроскопии - кристаллы холестерина, билирубина и кальция
Содержание билирубина в порции В	Нормальное	Может быть повышенное
Часовой дебит желчных кислот	Нормальный	Может быть снижен

Холато-холестериновый индекс (отношение концентрации желчных кислот к концентрации холестерина в порции В)	Нормальный (16-28)	Может быть снижен меньше 16 (цифры ниже 11 указывают на камнеобразовательные свойства желчи)
Эффект холиноблокаторов (атропин, платифиллин и тепло)	Положительно выраженный	Негативный
Эффективные минеральные воды	С малой минерализацией	С высокой минерализацией
Холецистокинетические средства (аллохол, лиобил, ламинг, никодин)	Нередко негативный эффект	Позитивный эффект

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) - комплекс патологических процессов, связанных с перенесенным раньше холециститом (острым, калькулезным) и проведенным оперативным вмешательством. Большинство симптомов связано с моторными нарушениями. Основными признаками ПХЭС являются рецидивирующие коликоподобные боли в правом верхнем квадранте живота, непереносимость жиров, часто диарея, вздутие живота. Причиной могут быть: спазм сфинктера Одди, дискинезия внепеченочных желчных протоков и двенадцатиперстной кишки, длинный пузырный проток. У больных часто имеет место антральный гастрит, дуоденит, дуоденогастральный рефлюкс и другие моторно-эвакуаторные расстройства (ощущение тяжести и боли в эпигастрии, тошнота, горечь во рту, метеоризм, неустойчивый стул).

С целью дифференциальной диагностики используются такие исследования:

- ультразвуковое исследование - наиболее эффективный метод выявления камней в желчном пузыре или обструкции общего желчного протока, диагностики острого и хронического холецистита, для оценки функции желчного пузыря;

Ультразвуковые критерии воспаления в ЖП

1. Толщина стенки ЖП больше 4 мм у лиц без патологии печени, почек, сердечной недостаточности

2. Предположение высказывается при толщине стенки ЖП больше 5 мм

3. Наличие сонографического симптома Мерфи

4. Увеличение размеров ЖП более чем на 5 см от нормы для данного возраста

5. Наличие тени от стенок ЖП

6. Наличие паравезикального эконегативного ободка (отек стенки ЖП)

- компьютерная томография - особенно для выявления камней в общем желчном протоке, при подозрении на рак желчного пузыря;

- исследование крови и биохимическое определение уровня холестерина, желчных кислот, фосфолипидов, билирубина. При холедохолитиазе отмечается увеличение щелочной фосфатазы и гамма-глутаминтрансферазы. Нейтрофильный лейкоцитоз характерен для острого холецистита и холангита;

- рентгенограмма брюшной полости - может помочь обнаружить кальцифицированные камни в желчном пузыре, желчных протоках;

- холецистография - для оценки функции желчного пузыря;

- эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) - для диагностики холестатического синдрома, для лечения билиарной обструкции (доброкачественные стриктуры в зоне Фатерова соска, холедохолитиаз и др.). Введение контраста осуществляется ретроградно в общий желчный проток, которое контролируется рентгенологически;

- интраоперационная холангиография - проводится во время хирургических манипуляций на желчных путях и включает непосредственное введение контраста в соответствующие желчные протоки. Исследование проводится при подозрении на наличие камней в желчных путях;

- внутривенная холангиография и проба с бромсульфалеином - для оценки состояния экскреторной функции билиарной системы;

- дуоденальное зондирование с бактериологическим обследованием желчи. При многомоментном фракционном зондировании (5 фаз) диагностируют разные виды дискинезий желчного пузыря, признаки воспаления и повышенной литогенности желчи, выявление бактериальной флоры;

- биохимическое исследование уровня холестерина, желчных кислот, фосфолипидов, билирубина в желчи.

Диагноз хронического некалькулезного холецистита формулируется с учетом:

- характера течения (часто рецидивирующий, постоянный, перемежающийся (с периодами обострения);

- степени тяжести (тяжелый, средней тяжести, легкий);

- фазы обострения (обострения, ремиссии);

- типа дискинезий (гиперкинезия, гипокинезия желчного пузыря).

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

(В. А. Галкин, 1986)

По клиническим особенностям:

- с преобладанием воспалительного процесса.
- с преобладанием дискинезий.
- с наличием камней (калькулезный).

По течению:

- часто рецидивирующий.
- постоянный (монотонное течение).
- перемежающийся (с периодами обострения).

Стадия заболевания:

- обострение.
- ремиссия (стойкая, неустойчивая).

По степени тяжести:

- легкая.
- средней тяжести.
- тяжелая.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (МКБ-10)

К 80 Холелитиаз

К 80.0 Камни желчного пузыря с острым холециститом

К 80.1 Камни желчного пузыря с хроническим холециститом

К 80.2 Камни желчного пузыря без холецистита (холецистолитиаз)

К 80.3 Камни желчного протока с холангитом

К 80.4 Камни желчного протока с холециститом

К 80.5 Камни желчного протока без холангита и холецистита (холедохолитиаз)

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

(А. П. Пелешук и соавт., 1995)

По состоянию тонуса желчного пузыря:

- гипотония желчного пузыря.
- гипертония желчного пузыря.

По состоянию моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря:

- гипокинезия желчного пузыря.
- гиперкинезия желчного пузыря.

По состоянию тонуса сфинктерного аппарата:

- гипотония сфинктера Одди.
- гипертония сфинктера Одди.
- гипотония сфинктера Люткенса.
- гипертония сфинктера Люткенса.
- гипотония сфинктера Мирицци.
- гипертония сфинктера Мирицци.

Основные принципы лечения

Постельный режим - обеспечивает физический и психический покой.

Диетическое питание (стол 5а, 5 по Певзнеру), до 6 раз в сутки. Исключаются высококалорийная и гиперхолестеринемическая, жирная, жареная, копченая пища, прием алкоголя, яиц, жирных сортов мяса, рыбы, сала. Основу пищевого режима составляют углеводы, растительные белки (овощи, фрукты, нежирное молоко, сыр).

Антибактериальная терапия:

- антибиотики (эритромицин 0,25 грамма 6 раз, доксициклина гидрохлорид 0,05-0,01 грамма 2 раза, ампициллина тригидрат 0,5 грамма 4 раза в сутки, ципрофлоксацин 500 мгх2 раза в день в таблетках 5 дней);
- сульфаниламиды (бисептол-480 2 таблетки 2 раза в сутки);

нитрофураны (фуразолидон 0,05 грамма 4 раза в сутки).

4. Желчегонные препараты с учетом дискинезии:

а) при гиперτονии желчного пузыря (холеретики):

циквалон 0,1 грамма 4 раза до еды;

никодин 0,5 грамма 4 раза за 30 минут до еды;

аллохол 1-2 таблетки 3 раза в день за 30 минут до еды;

б) при гипо- и атонии желчного пузыря (холекинетики):

сульфат магния 25% раствор 1 столовая ложка 3 раза в день;

сорбит, ксилит 10-20% раствор по 50 мл 3 раза в день за 30 минут до еды;

фламин 0,05 грамма 3 раза в день за 30 минут до еды;

холагогум 1 капсула 3 раза в день за 30 минут до еды.

5. Для устранения болевого синдрома

- спазмолитики (бускопан 1% раствор 1 мл, дуспаталин по 1 таблетке (135 мг) 3 раза в день, но-шпа 2% раствор 2 мл; галидор 2,5% раствор 2 мл; метацин 1% раствор 2 мл; анальгин 50% раствор 2 мл; мотилиум 10 мг 3 раза в сутки).

6. Лечение лямблиоза (тинидазол 2,0 грамма, метронидазол 0,8 грамма 3 раза в день 3 дня; фуразолидон 0,1 грамма 4 раза в день 5 дней).

Лечение описторхоза (празиквантель (азинокс) 75 мг/кг в сутки в 3 приема после еды в течение двух дней).

7. Ферментные препараты, которые содержат желчь (фестал 2 драже 3 раза в день, дигестал).

8. При выраженной интоксикации: реосорбилакт внутривенно капельно 200-400 мл в сутки или Гемодез 400 мл в сутки.

9. При наличии диспептических расстройств, предопределенных дискинезией протоков и нарушенным поступлением желчи в двенадцатиперстную кишку, используют прокинетики (домперидон или цизаприд 10 мг 3 раза в сутки, дебридат 100 мг 3-4 раза в сутки за 15 минут до еды), антацид с содержанием алюминия (маалокс или фосфалюгель, гастрин-гель по 15 мл 4 раза через 1,5-2 часа после еды, гастрал 2 таблетки 4 раза в сутки), холестирамин 4-12 грамма в сутки.

10. Лечебные тюбажи (с зондом или без него).

11. При астеноневротическом синдроме и вегетососудистой дистонии назначают «малые» транквилизаторы (элениум 5 мг 2 раза в день, сонопакс, сульпарид (еглонил) 50-100 мг 2 раза внутримышечно).

12. После стихания острых проявлений - физиотерапия: тепловые процедуры на участок правого подреберья.

13. В фазе ремиссии—лечение минеральными водами, которые увеличивают секрецию желчи печенью за счет водного компонента и уменьшают ее вязкость (Ессентуки, Нафтуся, Славянская, Миргородская); при гипотонии желчного пузыря – щелочные воды с высокой минерализацией (Моршинская, Лужанская, Поляна Квасова).

14. Во время приступа желчной колики с диагнозом холецистолитиаз – лечение оперативное. Операция показана во всех случаях, когда присоединяются ранние клинические симптомы калькулезного холецистита (колики, лихорадка, отсутствие стойкой ремиссии в промежутках между приступами), наличие больших (больше 3 см) конкрементов, которые создают опасность возникновения пролежней, и мелких (5 мм и меньше) камней из-за возможности выхода их в желчные протоки с развитием острого холецистита, холедохита и холангита.

15. Консервативное лечение неосложненного холецистолитиаза:

урсодезоксихолевая кислота 8-12 мг/кг в сутки 4 месяца, потом 4-6 мг/кг в течение 2 лет;

хенофальк 0,25 грамма 4-5 раз в сутки от 3 месяцев до 3 лет;

урсофальк 10 мг/кг 6 месяцев.

16. *Экстракорпоральная ударно волновая литотрипсия* - измельчение желчных камней с последующим назначением урсодезоксихолевой кислоты по 500-700 мг в сутки на протяжении года.

17. *Черезкожно-трансгепатическая литотрипсия* - введение в желчный пузырь под контролем УЗИ тонкого катетера, через который вводится 5-10 мл метилтерцбутилового эфира, который растворяет камни контактным путем.

7. Материалы для самоконтроля:

А. Задания для самоконтроля:

1. Определить основные синдромы при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей.
2. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Составить план обследования больного.
4. Дать оценку лабораторных и инструментальных методов обследования.
5. Составить таблицу основных дифференциально диагностических признаков заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей.
6. Обосновать и сформулировать заключительный клинический диагноз.
7. Составить схему патогенеза ЖКБ, хронического холецистита, функциональных билиарных нарушений.
8. Составить план лечения при хроническом холецистите, ЖКБ, ДЖП.
9. Определить осложнения и показания к хирургическому лечению при ЖКБ.
10. Составить план реабилитационных мероприятий.

Б. Задачи для самоконтроля.

Задача №1

Больной А. 34 лет. Жалобы на постоянную ноющую боль в области правого подреберья, иногда тошноту, горечь во рту утром, запоры. Выше перечислены жалобы больного тревожили в течение двух лет. Последнее ухудшение состояния 2 дня назад, после того, как съел большое количество копченой рыбы. Пять лет назад перенес аппендэктомию.

Объективные отклонения: на языке серый налет, в участке правого подреберья незначительное напряжение мышц. Других отклонений не обнаружено. При лабораторно инструментальном исследовании: в порции «В» желчи – много «лейкоцитов», количество ее 70 мл, при УЗИ исследовании желчный пузырь увеличен, стенка утолщена, имеет перетяжку. При холецистографии желчный пузырь овальной формы, после употребления желтка сократился через 1,5 часа меньше чем на 2/3 изначального объема. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назначьте адекватное лечение.

Задача №2

Больная 32 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боль в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, которая возникла три часа тому назад после психической нагрузки, желтушная кожа. Объективно: умеренного питания, возбуждена, склеры субиктеричные, пульс 100 в 1 мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, умеренно болезненный в точке желчного пузыря. На следующий день желтушность исчезла. В общих лабораторно инструментальных исследованиях без отклонений от нормы. УЗИ без особенностей. Холецистография: после употребления двух желтков сократился на 2/3 объема за 30 мин. Сформулируйте наиболее правильный диагноз.

3. У женщины 28 лет, перенесшей 1,5 года назад лапароскопическую холецистэктомию появились боли в правом подреберье прежней интенсивности. Отметила ахолический стул, потемнение мочи. Какой метод наиболее показан для уточнения диагноза?

1. Ультразвуковое исследование.
2. Ретроградная холангиография.
3. Сцинтиграфия печени.
4. Термография туловища.
5. Эзофагогастродуоденоскопия.

4. Больная 50 лет, в течение года страдает приступами болей в правом подреберье, которые возникают после жирной, жареной пищи. В последнюю неделю приступы стали ежедневными, усилились. На 3 день нахождения в стационаре появилась желтушность склер и кожи, светлый стул, и темная моча. Анализ крови: Нв – 128 г/л, ретикулоциты – 2%, нейтрофильный лейкоцитоз ($13,1 \cdot 10^9$ /л), ШОЭ – 28 мм/час. Что является причиной желтухи?

1. Острый вирусный гепатит.
2. Хронический панкреатит.
3. Хронический холестатический гепатит.
4. Гемолитическая анемия.
5. Желчекаменная болезнь.

Литература:

Основная:

1. Передерий В.Г., Ткач С.М. Основы внутренней медицины : учеб. для студ. высш. мед. учеб. заведений IV уровня аккредитации, врачей-интернов, врачей общ. практики: [в 3-х т.] / В. Г. Передерий, С. М. Ткач. - К. ; Вінниця : Н. Кн., 2009 – 2794с .
2. Передерий В.Г., Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей .- Вінниця:СПД Каштелянов А.И.,2011.-776 с.:ил.
3. Видадь Визит. Справочник «гастроэнтерология» М.:Видадь Рус,2016 г.304 с.
4. Н.В.Харченко Классификации заболеваний органов пищеварения. Киев,2015.-54 с.
5. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи /сост. А.С.Дементьев, И.Р.Манеров, С.Ю.Кочетков, Е.Ю.Чепанова.-М.:ГЭОТАР - медиа,2016.-384 с.
6. Современные классификации и стандарты лечения распространенных заболеваний внутренних органов / под ред. проф. Ю.М.Мостового. – 18е изд., доп. и перераб. – Віниця: ДП «ДКФ», 2015 – 679/.

7. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. - Киев.2007
- 8.Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / Сек.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, Ы.В.Маэва, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.
- 9.Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения. – К: Демос, 2004. – 321 с.
- 10.Основи внутрішньої медицини. Посібник для студентів IV та V курсів медичного факультету: навч. посіб. / [М.І. Швед, Н.В. Пасечко, А.О. Боб та ін.]; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль: ТДМУ, 2013. – 828 с.

Вспомогательная:

1. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения /под ред. проф. О.Я.Бабака, Н.В.Харченка // «Справочник врача Гастроэнтеролог». – 2-ое изд., перераб. и дополнен. – К.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2007. – 308 с. – (Серия «Бібліотека «Здоров'я України»)
2. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицинское информационное агенство, 2004. – 768 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження четвертого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

4.А.В.Виноградов. Дифференциальный диагноз внутренних болезней М., Медицина. 1991.

Ответы :

Задача №1

У больного хронический некалькулезный холецистит, рецидивирующее течение, средней степени тяжести, с нарушением функций желчного пузыря по гипомоторному типу, период обострения. Больному необходимо провести курс антибиотикотерапии ампициллином в дозе 2,0 грамма в день, назначить холекинетики средства: тюбажи ксилит, магнезию, небольшие дозы холеретических средств и холинолитиков. При затухании обострения Миргородская вода, тюбажи 2 раза в неделю. В фазе ремиссии санаторно-курортное лечение.

Задача №2

Дисфункция желчевыводящих путей по гипермоторному типу.

3-1

4-5

Методические указания составила

к.мед.н., доц. Третьак Н.Г.