

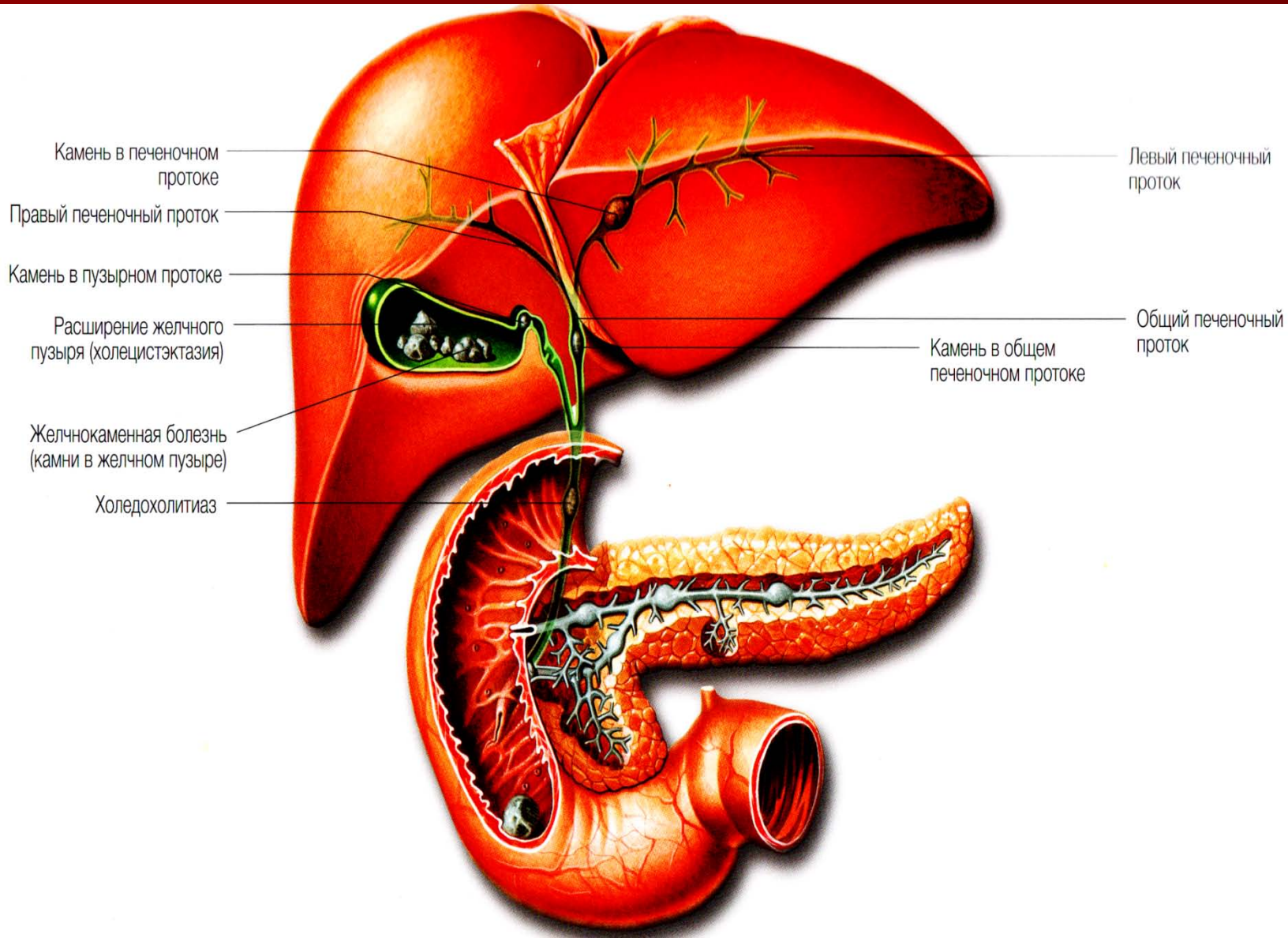
Лекция

Заболевания органов пищеварения

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТИТ



Подготовила Атлас Е.Е.



Камень в печеночном протоке

Правый печеночный проток

Камень в пузырном протоке

Расширение желчного пузыря (холецистэктазия)

Желчнокаменная болезнь (камни в желчном пузыре)

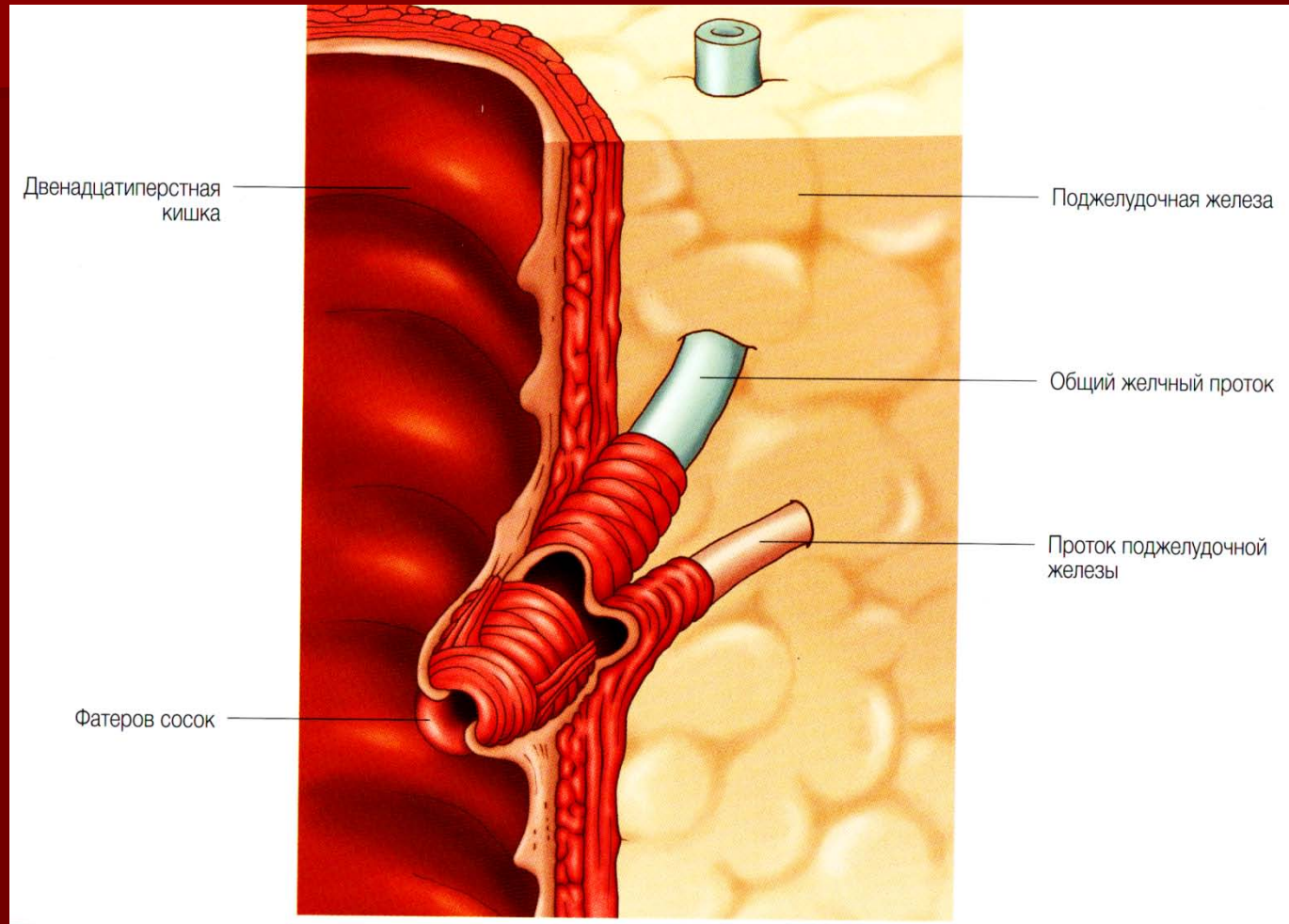
Холедохолитиаз

Левый печеночный проток

Общий печеночный проток

Камень в общем печеночном протоке

Анатомия Фаттерова соска



Хронический холецистит

- *это воспаление желчного пузыря, преимущественно бактериальной этиологии.*

Эпидемиология

- Частота встречаемости хронического холецистита составляет 6-7 на 1000 населения.
- Женщины болеют чаще мужчин в 3-4 раза.



ЭТИОЛОГИЯ

- **Условно-патогенная флора, чаще грамотрицательная:**
- **кишечная палочка (40 % случаев);**
- **стафилококки (15 % случаев);**
- **энтерококки (15 % случаев);**
- **стрептококки (10 % случаев);**
- **протей (2 % случаев);**
- **дрожжевые грибы (2 % случаев);**
- **синегнойная палочка, шигеллы, протозойная инфекция, смешанная инфекция (2 % случаев).**

Предрасполагающие факторы

1. Застой желчи, которому способствуют:

- нарушение режима питания (ритм, количество и качество);
- психоэмоциональные факторы;
- гиподинамия;
- нарушения иннервации различного генеза;
- запоры;
- беременность;
- нарушения обмена веществ, приводящие к изменению химических свойств желчи (ожирение, атеросклероз, сахарный диабет и пр.);
- органические нарушения путей оттока желчи.

Предрасполагающие факторы

2. Сенсibilизация организма к различным бактериям.

3. Повреждение стенок желчного пузыря:

- раздражение слизистой оболочки желчного пузыря желчью с измененными физико-химическими качествами;
- травматизация конкрементами;
- раздражение панкреатическими ферментами, затекающими в общий желчный проток.

Патогенез

- Пути попадания микрофлоры: гематогенный, лимфогенный, контактный – из общего желчного протока или из внутрипеченочных протоков
- Хронический холецистит часто связан с паразитарной инфекцией - (описторхоз, фасциоллез, лямблиоз, аскаридоз и др.).
Последняя приводит к холангиту, гепатиту, билиарному циррозу, панкреатам.
- Застой желчи изменяет желато-холестериновый индекс с образованием холестериновых камней.
- Специфическая и неспецифическая сенсibilизация к различным факторам внешней среды, у них часто развиваются аллергические реакции

Классификация (Ногаллер, 1979)

1. По форме.

- Бескаменный холецистит.
- Каменный холецистит.

2. По степени тяжести

- Легкая форма (обострения 1-2 раза в год, непродолжительные – 2-3 недели).
- Средней тяжести (обострения затяжного характера, 5-6 раз в год).
- Тяжелая форма (обострения 1-2 раза в месяц, с продолжительными желчными коликами).

3. По стадиям заболевания

- Обострения.**
- Стихающего обострения.**
- Ремиссии (стойкой, нестойкой).**

4. По наличию осложнений

- Неосложненный.**
- Осложненный.**
- Перихолецистит.**
- Холангит.**
- Перфорация желчного пузыря.**
- Водянка.**
- Эмпиема желчного пузыря.**
- Образование камней.**

5. По характеру течения

- Рецидивирующий.**
- Монотонный.**
- Перемежающийся.**

6. Функциональное состояние желчного пузыря и желчевыводящих путей

- Дискинезия желчевыводящих путей по гипертонически-гиперкинетическому типу.**
- Дискинезия желчевыводящих путей по гипотонически-гипокинетическому типу.**
- Без дискинезии желчевыводящих путей.**
- Отключенный желчный пузырь**

Клиническая картина

- **Боль** в правом подреберье ноющего, давящего характера, с чувством тяжести.
- связана с гипокинезией желчевыводящих путей.
- При гиперкинезии боль резкая, схваткообразная. Возможна иррадиация в правую лопатку, правую половину грудной клетки, ключицу, поясницу.
- Высокая интенсивность болей характерна для воспаления шейки пузыря (локализация в эпигастрии, иногда в левом подреберье).
- Боль, возникающая при тряске, указывает на возможность наличия камней в протоках или пузыре.
- Боли провоцируются обильной, жирной, острой пищей, газированными напитками, психоэмоциональным напряжением.

Клиническая картина

- **Диспепсический синдром** – тошнота, рвота, отрыжка, чувство горечи во рту по утрам, изменение аппетита, плохая переносимость некоторых видов пищи (жиры, алкоголь, уксус в продуктах и др.). Рвота не приносит облегчения.
- **Воспалительный синдром** – (при обострении) – повышение температуры, все лабораторные признаки воспаления.

Клиническая картина

- **Нарушение функции кишечника** – может отмечаться вздутие живота, чаще бывают запоры.
- **Холестатический синдром** – наблюдается при закупорке желчных протоков. Развивается механическая желтуха.
- **Холецисто-кардиальный синдром** – боли в области сердца, сердцебиение.
- **Астено-невротический синдром.**

Диагностика

- **Осмотр** – при закупорке желчных протоков может наблюдаться желтушность кожных покровов, слизистых
- **Поверхностная пальпация живота** – установить степень напряжения мышц брюшной стенки и определить область наибольшей болезненности.
- **Точка желчного пузыря** - точка пересечения правой реберной дуги и наружного края правой прямой мышцы живота.

При глубокой пальпации можно выявить следующие симптомы:

- **Курвуазье** - (увеличенный желчный пузырь);
- **Ортнера-Грекова** - (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге);
- **Кера** - (болезненность при пальпации в точке желчного пузыря на высоте вдоха);
- **Мюсси-Георгиевского** - (болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа – «френикус-симптом»);
- **Василенко** - (болезненность при поколачивании в точке желчного пузыря при задержке дыхания на высоте вдоха);
- **Лепене** - (болезненность при поколачивании по правому подреберью).

Лабораторные исследования

Общий анализ крови:

- вне обострения изменений нет;
- при обострении лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, повышение СОЭ, увеличение количества эозинофилов.

Лабораторные исследования

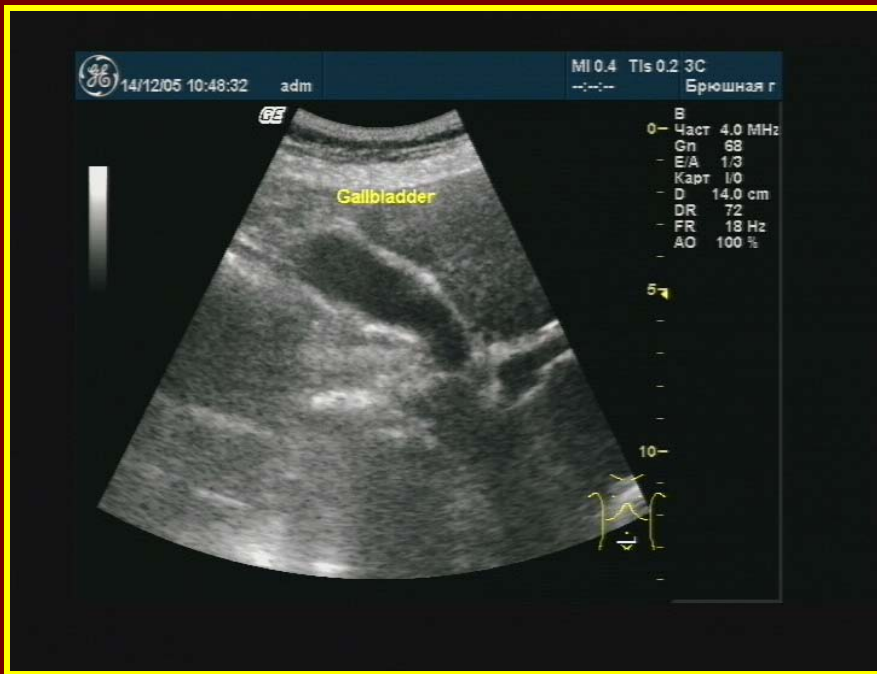
Биохимический анализ крови.

- При обострении – повышение острофазовых показателей (содержание α 2- глобулинов, уровень фибриногена и сиаловых кислот, серомукоида), увеличение содержания холестерина, триглицеридов, фосфолипидов.
- При закупорке – повышение уровня связанного билирубина. Уровень щелочной фосфатазы повышается из-за холелитиаза при обструкции общего желчного протока. Необходимо исследование АСТ, АЛТ.

Бактериологическое исследование

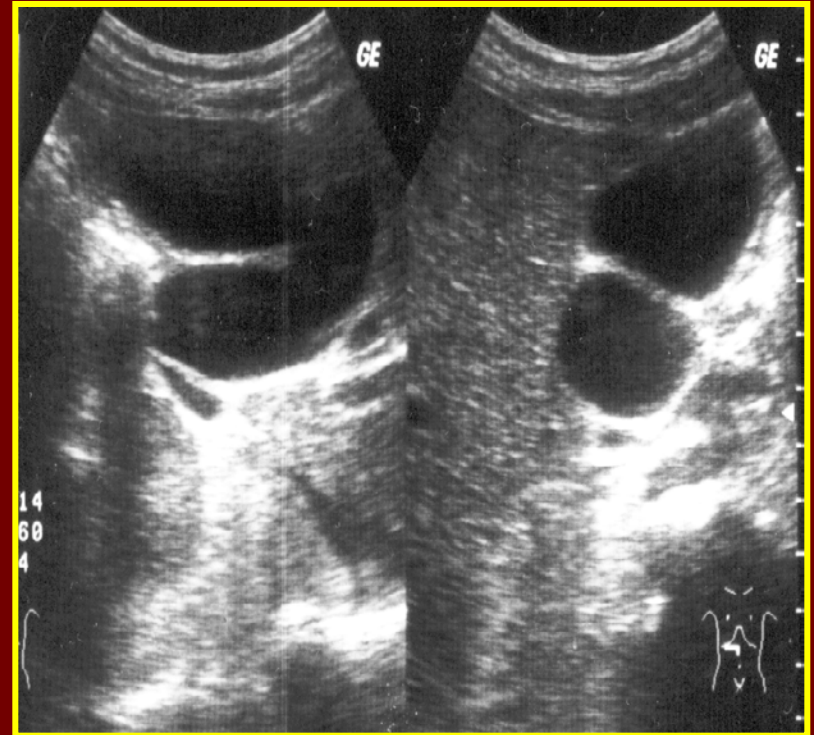
Инструментальная диагностика

УЗИ желчного пузыря

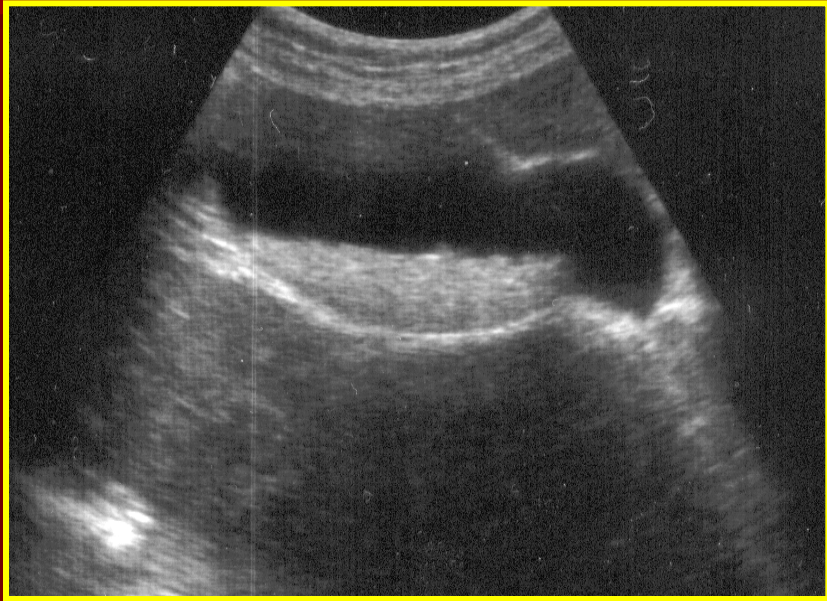


- Желчный пузырь представляет собой анэхогенное образование, окруженное узким гиперэхогенным ободком.
- Ультразвуковое исследование позволяет получить информацию как о содержимом желчного пузыря, так и о его стенках.

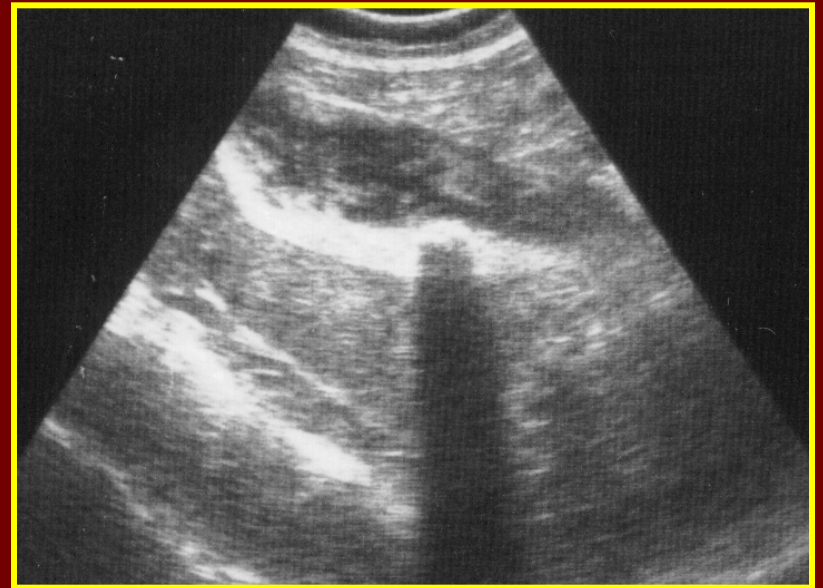
Изогнутый желчный пузырь



Застой желчи в желчном пузыре

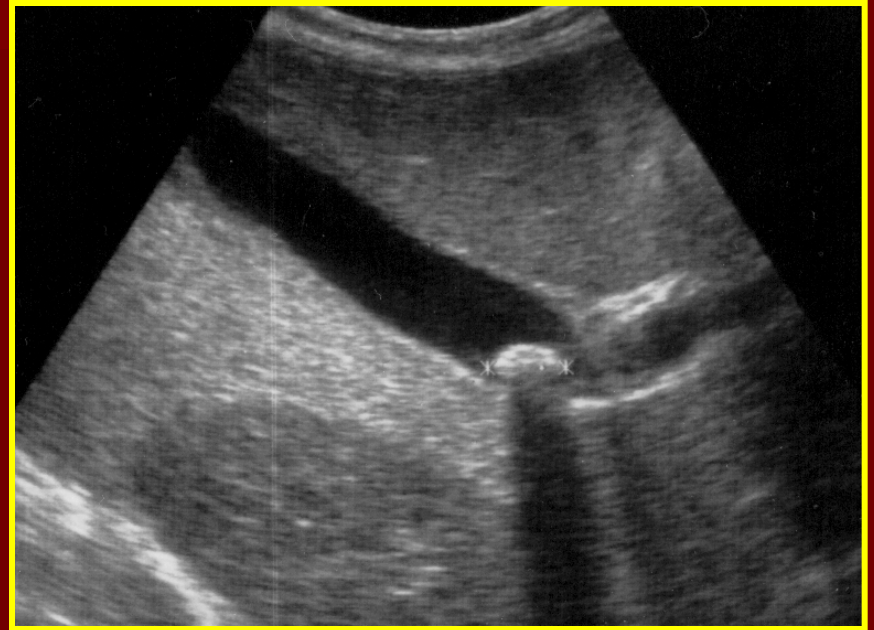


**1. плотный осадок
(за желчным пузырем
определяется ослабление
эхосигналов)**



**2 осадок и конкременты
в желчном пузыре**

Конкременты в желчном пузыре



Конкремент представляет собой линейное гиперэхогенное включение с акустической тенью за ним, смещаемое в просвете желчного пузыря.

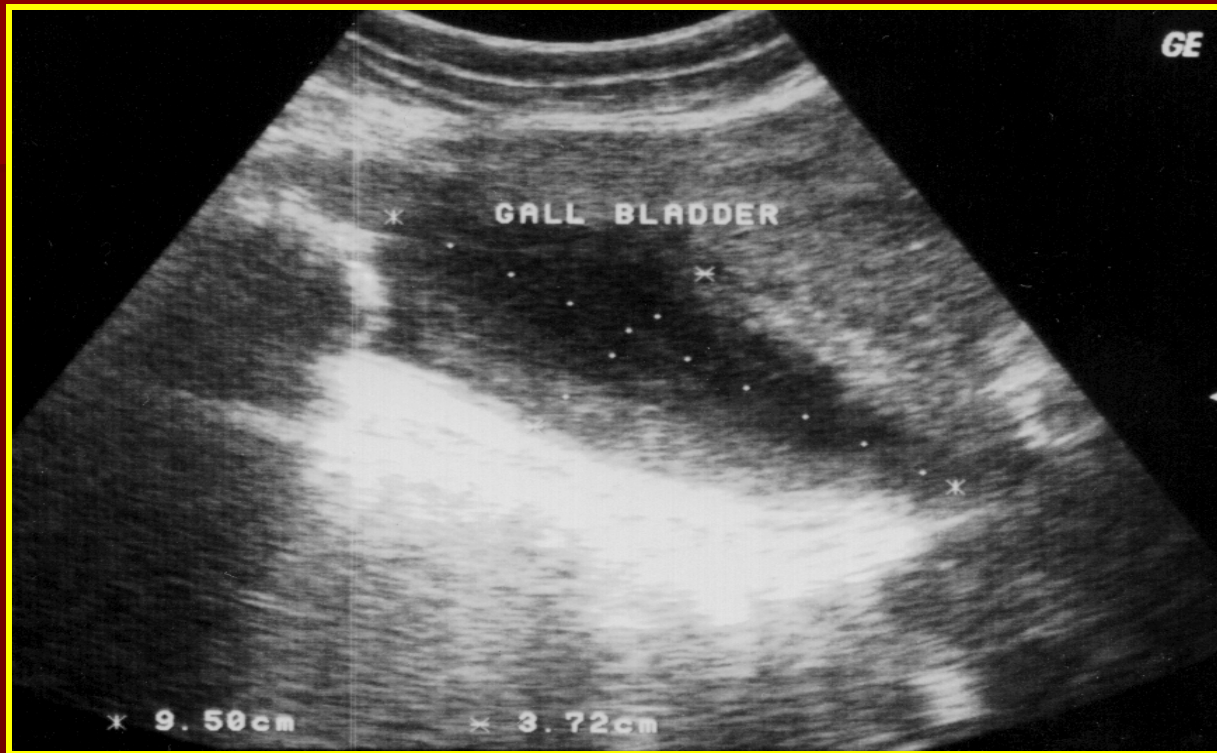
Конкременты в желчном пузыре



Конкременты могут не иметь отчетливой акустической тени.

Определяющим признаком в этом случае становится смещаемость патологического включения в просвете желчного пузыря.

Острый холецистит



Контурсы желчного пузыря нечеткие, стенки резко утолщены.

Инструментальная диагностика

- **УЗИ.**
- **Фиброгастродуоденоскопия.**
- **Дуоденальное зондирование –**
Порция В при воспалении мутная, микроскопически – много лейкоцитов, слущенного эпителия. По скорости поступления порций А, В, С можно судить о гипер- или гипокинезии.
- **Непрерывное фракционное зондирование**

Инструментальная диагностика

- **Рентгенологические методы** исследования с рентгеноконтрастными веществами (пероральная холецистография, внутривенная холеграфия, ретроградная панкреатохолангиография и др.).
Обнаруживаются неравномерность, извитость пузырного протока, перегибы, расширения. Можно проводить с пробным желчегонным завтраком.
- **Компьютерная томография.**
- **Лапароскопия.**
- **Радионуклидные исследования** с одновременным исследованием печени

Лечение

- **Госпитализация при обострении**
- **Диета.**
- **В фазу обострения исключается жареная пища, тугоплавкие жиры, экстрактивные вещества. Питание дробное, преимущественно протертой и приготовленной на пару пищей (стол №5 а).**
- **Во время ремиссии рекомендуется вареная пища. Ограничивается потребление содержащих холестерин и экстрактивные вещества продуктов, добавляются овощи и фрукты (диета №5).**

Медикаментозная терапия

- **Антибактериальные средства.**
- **1) 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 минут до еды); и др.*
- **2) накапливающиеся в желчи в достаточных для лечебного действия концентрациях:**
*тетрациклин (по 0,25 г 4 раза в день после еды);
доксциклина гидрохлорид (по 0,1 г 2 раза в первый день и по 0,1 г 1 раз в последующие дни);
бисептол (по 2 таблетки 2 раза в день после еды);
фуразолидон (фурадонин, фурагин) (по 0,05-0,01 г 4 раза в день после еды);*
- **3) проникающие в желчь слабо или непостоянно:**
*мономицин, неомицин и другие аминогликозиды;
левомицетин.*

- **Противовоспалительные средства.**
- **Желчегонные препараты.**

1. Холеретики

(стимулируют образование желчи).

1.1. Истинные

(увеличивают секрецию желчи и ЖК).

**1.1.1. Содержащие желчные кислоты:
холэнзим; холагол; холосас; дехолил.**

**1.1.2. Синтетические:
циквалон; оксафенамид.**

1.2. Растительного происхождения:

мята перечная; пижма; шиповник; петрушка.

1.3. Гидрохолеретики

(увеличивают водный компонент желчи):

валериана; салицилат натрия; минеральная вода.

2. Холекинетики

(повышают тонус желчного пузыря и снижают тонус желчевыводящих путей):

- **сульфат магния;**
- **сорбит;**
- **ксилит;**
- **барбарис;**
- **холецистокинин;**
- **облепиховое и оливковое масла;**
- **M-холинолитики;**
- **нитросорбид;**
- **эуфиллин**

■ ***Холинолитики, миолитики.***

■ ***Физиотерапия***

(грелки, индуктотермия, парафин на правое подреберье, ДДТ, теплый торф), оказывающая тепловое, спазмолитическое, успокаивающее действие.

Показано санаторно-курортное лечение.

Лечение в фазе ремиссии:

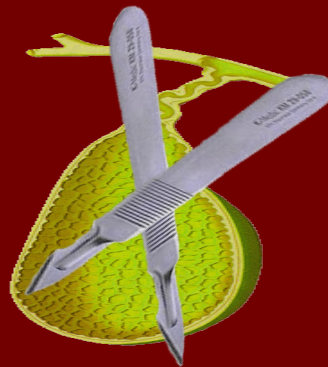
- диетический режим (стол №5);
- профилактические лечебные курсы:
желчегонные + спазмолитики
или церукал в течение первых
10 дней месяца на протяжении
2-3 месяцев
в весенне-осенний период;
- курсы лечения минеральными водами
по 4 недели 2 раза в год.

Хирургическое лечение показания:

- **длительное неэффективное консервативное лечение;**
- **«отключение» желчного пузыря или резкая его деформация;**
- **присоединение трудно поддающихся лечению панкреатита, холангита.**

Холецистэктомия

В настоящее время в России выполняется до 200 тысяч операций удаления желчного пузыря.



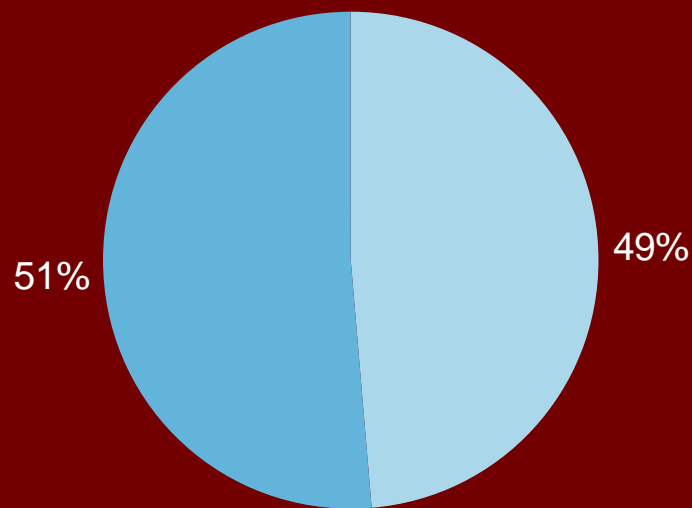
Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. – 2-е изд., переработ. И доп. – М.: ООО «Издательство «Медицинское Информационное Агенство», 2011. – 880 с.

Постхолецистэктомический синдром

Сохранение или развитие боли и диспепсии после удаления желчного пузыря – принято называть «постхолецистэктомическим синдромом»^{1,2}.

По данным Ильченко А.А.¹, из 306 больных, перенесших операцию холецистэктомии, у 48,7% состояние после операции значительно не улучшилось.

Состояние пациентов после холецистэктомии



■ Жалобы сохранились
■ Состояние улучшилось

1. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. – 2-е изд., переработ. И доп. – М.: ООО «Издательство «Медицинское Информационное Агенство», 2011. – 880 с.
2. S.S. Jaunoo, S. Mohandas et al. Postcholecystectomy syndrome (PCS). International Journal of Surgery. 2010, Volume 8, Issue 1, Pages 15-17

Постхолецистэктомический синдром

Постхолецистэктомический синдром – гетерогенная **группа заболеваний**, в основном проявляющихся **абдоминальной болью**

Термин является не совсем точным, потому что описывает как *билиарные*, так и *небилиарные* заболевания

Симптомы неспецифичны и зависят от *действительной причины*:

боль в правом подреберье,
диспепсия,
нарушения стула

Постхолецистэктомический синдром

*«Едва ли в медицине можно найти какой-либо еще синдром, который столь долго и вполне заслуженно подвергается критике, как **слишком общий и неконкретный**, но который, тем не менее, сохраняет свою жизнеспособность и до настоящего времени»**

**(А.А.Ильченко. Желчнокаменная болезнь. М.: Анахарсис, 2004.- 200с)*

Постхолецистэктомический синдром

- Тем не менее, несмотря на разночтения, существование ПХЭС обосновано тем, что он включен в **МКБ-10**

K91.5 Postcholecystectomy syndrome

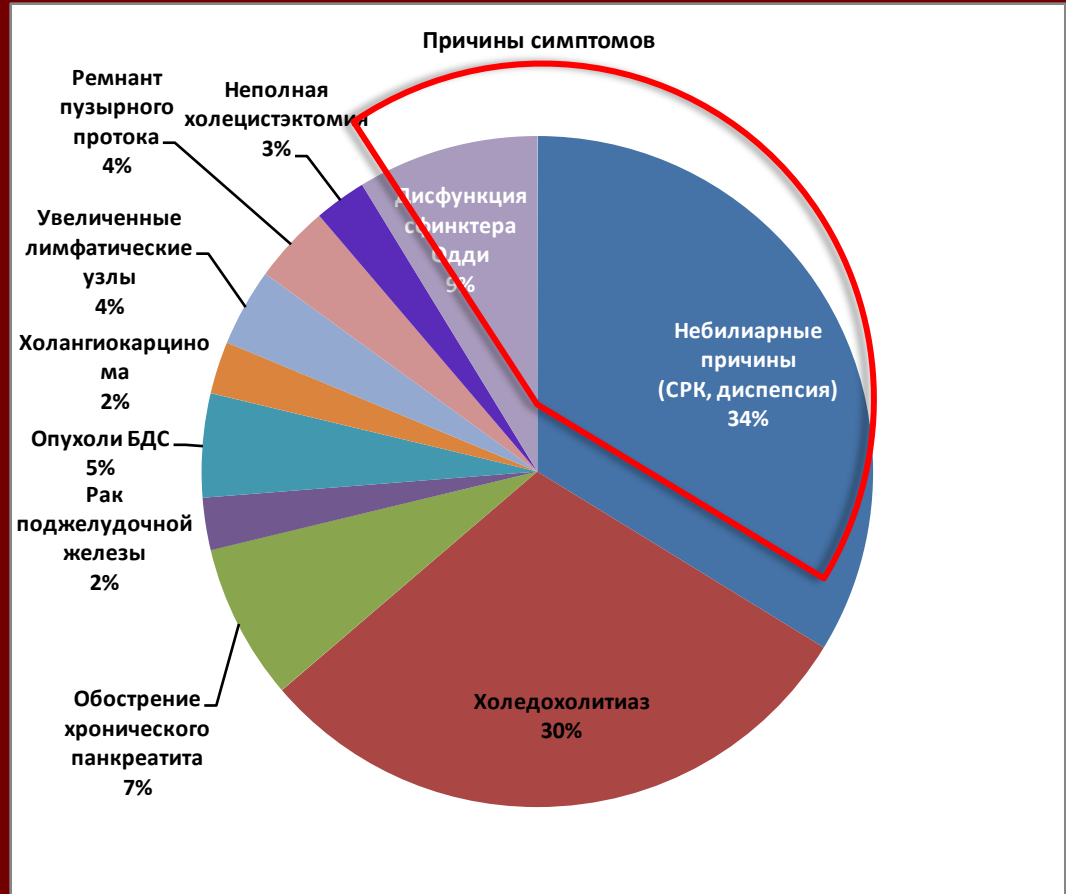
Частота клинических симптомов у пациентов после удаления желчного пузыря

Клинические симптомы	Частота	
	Абс.	%
Боль или (и) ощущение дискомфорта в области правого подреберья, постоянные или возникающие периодически, различной интенсивности и продолжительности, не связанные с приемом пищи	1390	89,7%
Другая локализация абдоминальной боли	110	7,1%
Постоянное или периодически возникающее ощущение горечи во рту	665	42,9%
Тошнота	47	3,1%
Неустойчивый стул с преобладанием запоров	381	24,6%
Неустойчивый стул с преобладанием поносов	243	15,7%
Постоянное или периодически возникающее ощущение вздутия и урчания в животе	175	11,3%
Субиктеричность склер и кожных покровов	71	4,6%
Желтуха с гипертермией	39	2,5%
Клинические симптомы отсутствуют	50	3,2%

Изучение причин симптомов боли и диспепсии у пациентов с перенесенной холецистэктомией

Исследовательский центр
Гастроэнтерологии и Гепатологии,
Институт Медицины и Фармации,
Крайова, Румыния

80 пациентов с симптомами боли и диспепсии с удаленным желчным пузырем 1-60 месяцев назад. Выполнялось биохимическое обследование (билирубин, ЩФ), ТА-УЗИ, эндо-УЗИ, ЭРХПГ, манометрия



Клинические последствия удаления желчного пузыря

- **нарушение адекватного желчеоттока из-за выпадения эвакуаторной функции, который необходим для полноценного пищеварения [1];**
- **синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке из-за выпадения концентрационной функции и нарушения процессов липолиза в тонкой кишке, снижения активизации панкреатической липазы в сочетании с уменьшением бактерицидных свойств желчи [1];**
- **гипертонус сфинктера Одди из-за утраты модулирующего эффекта желчного пузыря на сфинктер Одди [1];**

1. Ильченко А.А. *Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. – 2-е изд., переработ. И доп. – М.: ООО «Издательство «Медицинское Информационное Агентство», 2011. – 880 с*
2. Reid FDA, Mercer PM, Harrison M, et al. *Cholecystectomy as a risk factor for colorectal cancer: a meta-analysis. Scand J Gastroenterol. 1996;31:160–9.*
3. Lagergren J., Ye W., Ekblom A. *Intestinal cancer after cholecystectomy: is bile involved in carcinogenesis? Gastroenterology.2001; 121: 542-547.*

Другие причины?

Кроме дисфункции сфинктера Одди «вклад» в формирование болевого абдоминального синдрома при ПХЭС вносят и другие функциональные заболевания органов пищеварения.

Чаще всего ПХЭС сочетается с ГЭРБ и СРК [1,2]

1. Madácsy L, Fejes R, Kurucsai G, et al. Characterization of functional biliary pain and dyspeptic symptoms in patients with sphincter of Oddi dysfunction: Effect of papillotomy. *World J Gastroenterol* 2006 November 14;12(42): 6850-6856
2. McNally M.A. Biliary events and an increased risk of new onset irritable bowel syndrome: a population-based cohort study. *Aliment Pharmacol. Ther.* — 2008. — Vol. 28, № 3. — P. 334-343.

Развитие диареи после удаления желчного пузыря

- **100 пациентов с проведенной лапароскопической холецистэктомией (ЛХ) были опрошены через 6-12 месяцев после операции**
- **19 пациентов имели диарею, из которых у 17 (17%) диарея появилась после операции**

Фактор риска развития диареи после ЛХ	Соотношение шансов (СО)
Молодой возраст	3,4 (P=0,026)
Высокий ИМТ	1,1 (P=0,019)
Пищевая непереносимость	3,4 (P=0,025)

Развитие диареи после удаления желчного пузыря

Несколько причин:

- **Нарушение** нормального тока желчи и мальабсорбция желчных кислот – повышение **содержания** желчных кислот в толстой кишке, **что приводит к** «секреторной диарее»
- Ускорение транзита **по толстой кишке**
- Психологические / психосоматические факторы, **влияющие на моторику толстой кишки**

Качество жизни пациентов после холецистэктомии по данным GIQoL



Kirk G et al. Preoperative symptoms of irritable bowel syndrome predict poor outcome after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 2011; 25:3379-3384

План ведения пациентов

Пациент с жалобами
на боли и/или диспепсию
после удаления желчного пузыря

Органическая патология
(стеноз терминального отдела
общего желчного протока,
холедохолитиаз и др.) – 25,5%

Хирургическое лечение:
ЭРХПГ (удаление камней из холедоха,
стентирование)
ФГДС, баллонная дилатация
холедоха, **папиллосфинктеротомия,**
стентирование общего желчного
и/или панкреатического протока

Функциональные нарушения
сфинктера Одди – 74,8%

Терапевтическое лечение:
Снятие боли (спазмов)
Нормализация функции печени
Нормализация физико-химических
свойств желчи
Нормализация стула

Уточнение причин симптомов у пациентов после удаления желчного пузыря

Лабораторные исследования:

- Определение в крови уровня АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, билирубина, амилазы, липазы

Инструментальные исследования:

- ЭГДС;
- Ультразвуковые методы диагностики:
 - Трансабдоминальная ультрасонография
 - Эндоскопическая ультрасонография;
- Эндоскопическая ретроградная халангиопанкреатикография;
- Динамическая гепатобилисцинтиграфия;
- Эндоскопическая перфузионная папиллосфинктероманометрия

Эзофагогастродуоденоскопия

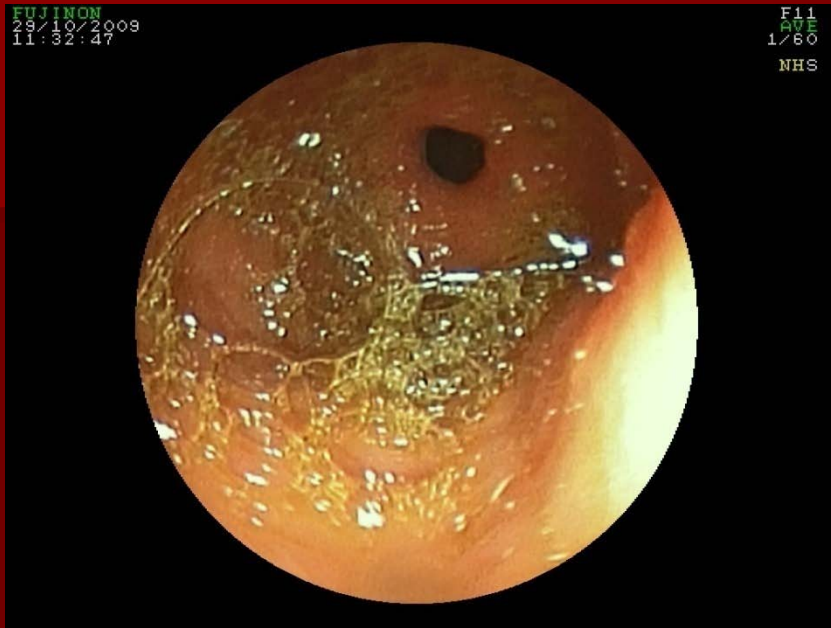


Продольная складка и БДС с признаками папиллита

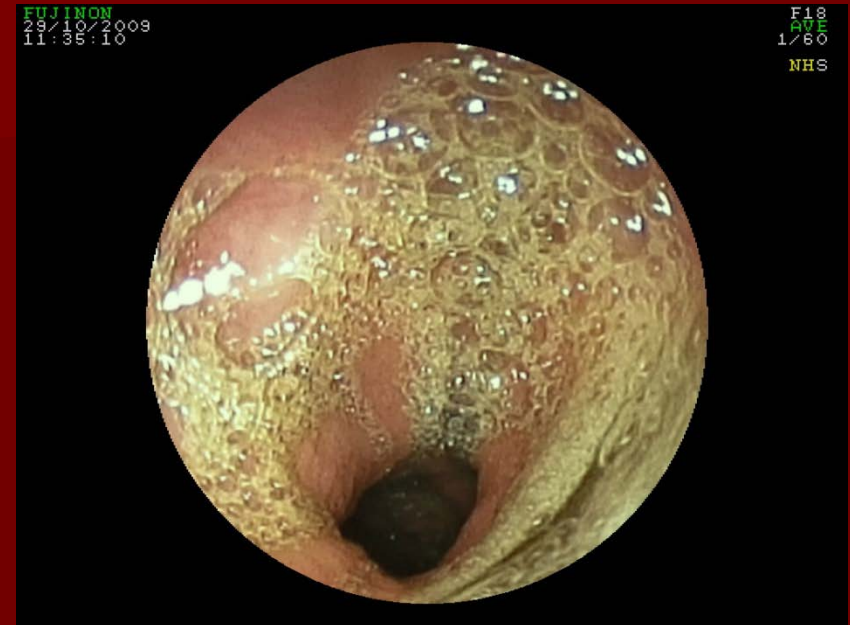
Парафатериальный дивертикул

*Из личного архива профессора Ильченко А.А.,
разрешено представление на научных мероприятиях,
организованных компанией Эбботт Лэбораториз.*

Эзофагогастродуоденоскопия



А



Б

Желчные рефлюксы.

А – дуодено-гастральный;

**Б – дуодено-гастро-
эзофагеальный**

Из личного архива профессора Ильченко А.А., разрешено представление на научных мероприятиях, организованных компанией Эбботт Лэбораториз.

Задачи УЗИ органов брюшной полости при ПХЭС

- диаметр общего и внутрипеченочных желчных протоков (в норме - не более 9 мм)
- длину и ширину культы пузырного протока
- наличие эхогенных образований, визуализируемых в просвете желчных протоков (размеры, структуру, количество, локализацию)
- размеры головки поджелудочной железы (характер очаговых и диффузных поражений)
- диаметр Вирсунгова протока (в норме - не более 2 мм)



УЗ-картина стеноза
дистального отдела
холедоха

*Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и
желчных путей. Изд-во МИА. – 2011. – 880с.

Ретроградные холангиограммы в норме и после холецистэктомии

ЭРХПГ – более не проводится с целью диагностики, а только с целью лечения



Слайд разработан профессором кафедры Хирургии №2 ММА имени И.М.Сеченова д.м.н. Котовским Е.А., разрешено представление на научных мероприятиях, Фото из личного архива автора.

Возможные органические причины симптомов

Камень в просвете общего
желчевыводящего протока

Признаки стеноза терминального отдела
холедоха

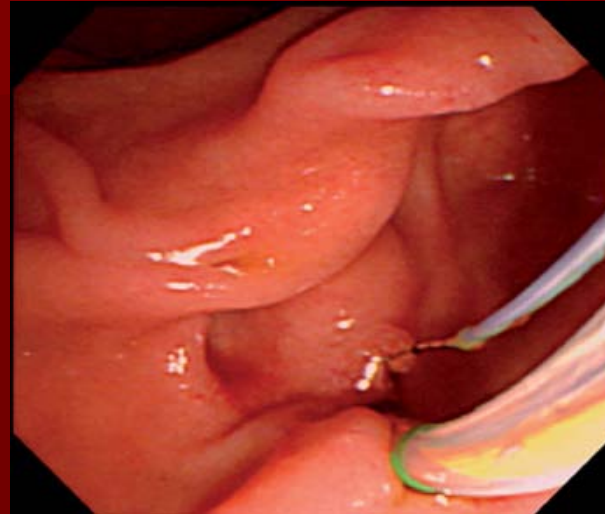
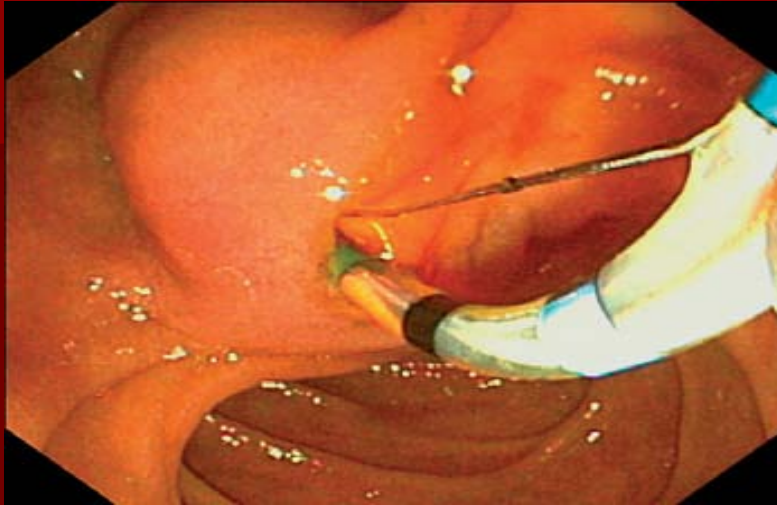
Холангиограмма
холедохолитиаза и
папиллостеноза I степени

Камень в просвете общего
печеночного протока

Признаки стеноза
терминального отдела холедоха

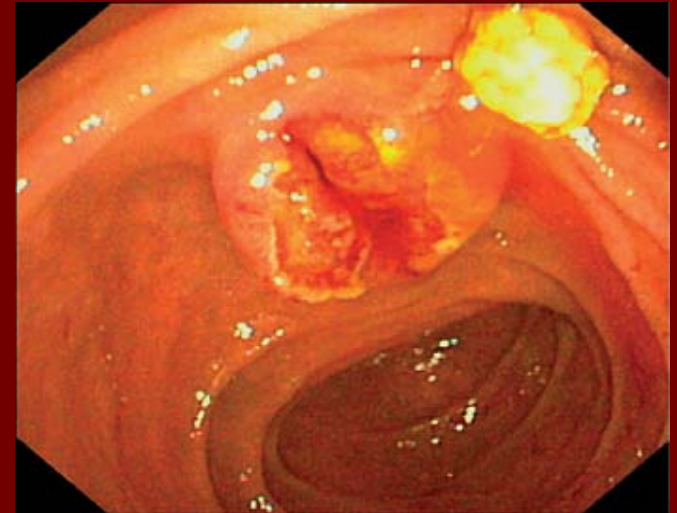
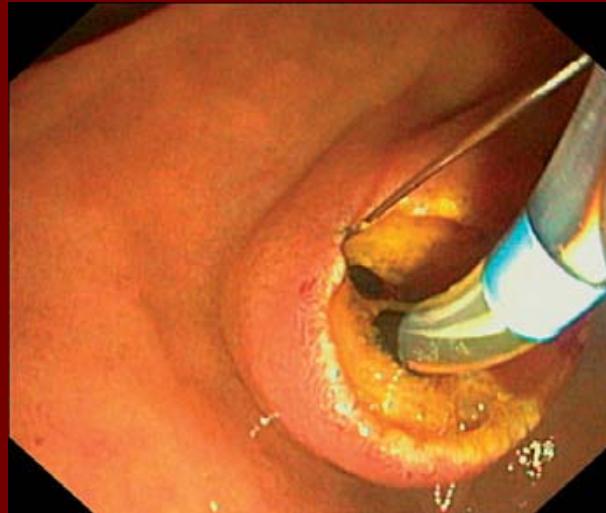
Холангиограмма
холедохолитиаза и
папиллостеноза II степени

Хирургическое лечение: папиллосфинктеротомия



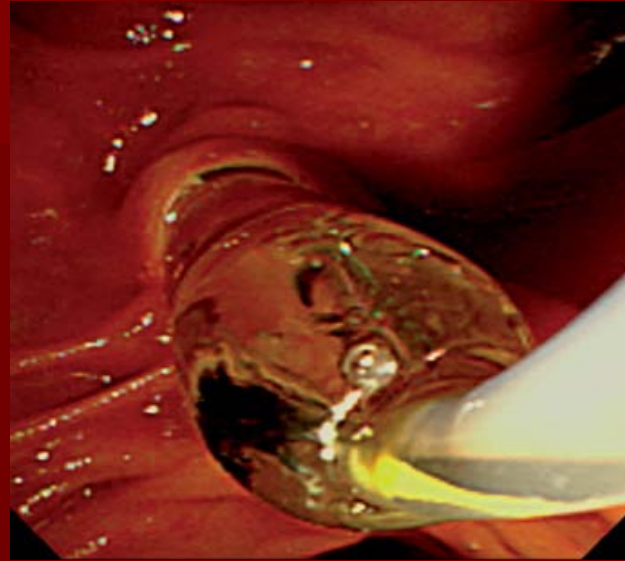
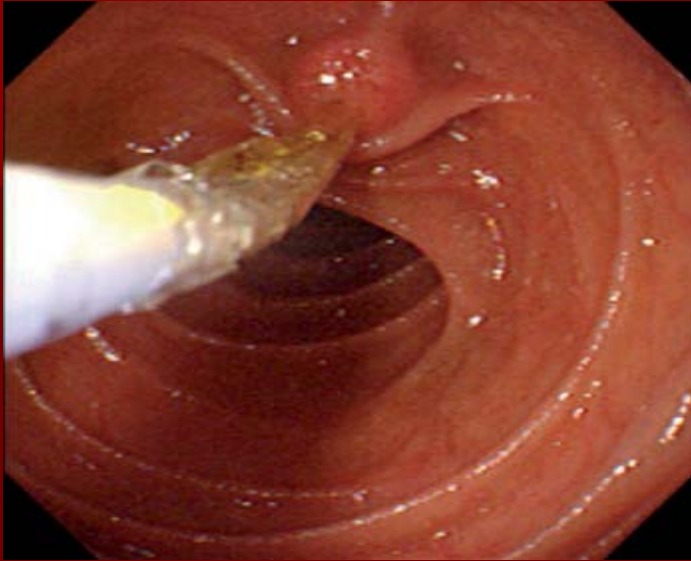
Канюлирование
большого
дуоденального
сосочка

Разрушение части
мышечных волокон
сфинктера Одди



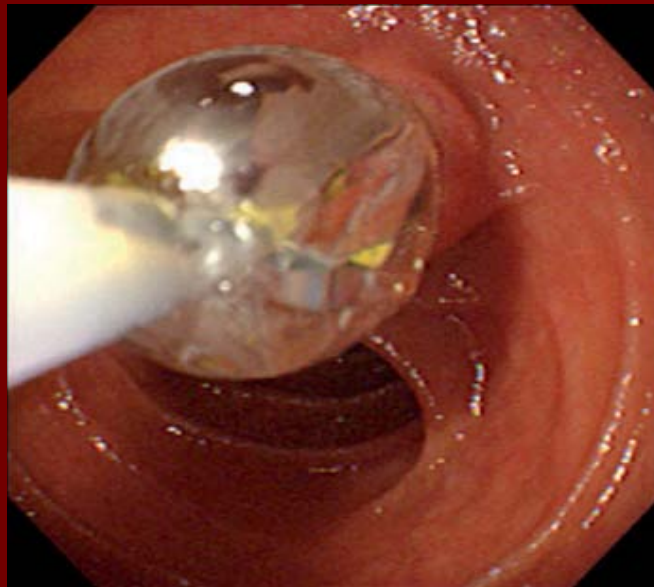
Слайд разработан профессором кафедры Хирургии №2 ММА имени И.М.Сеченова д.м.н. Котовским Е.А., разрешено представление на научных мероприятиях, организованных компанией Эбботт Лэбораториз. Фото из личного архива автора.

Баллонная дилатация отверстия большого дуоденального сосочка

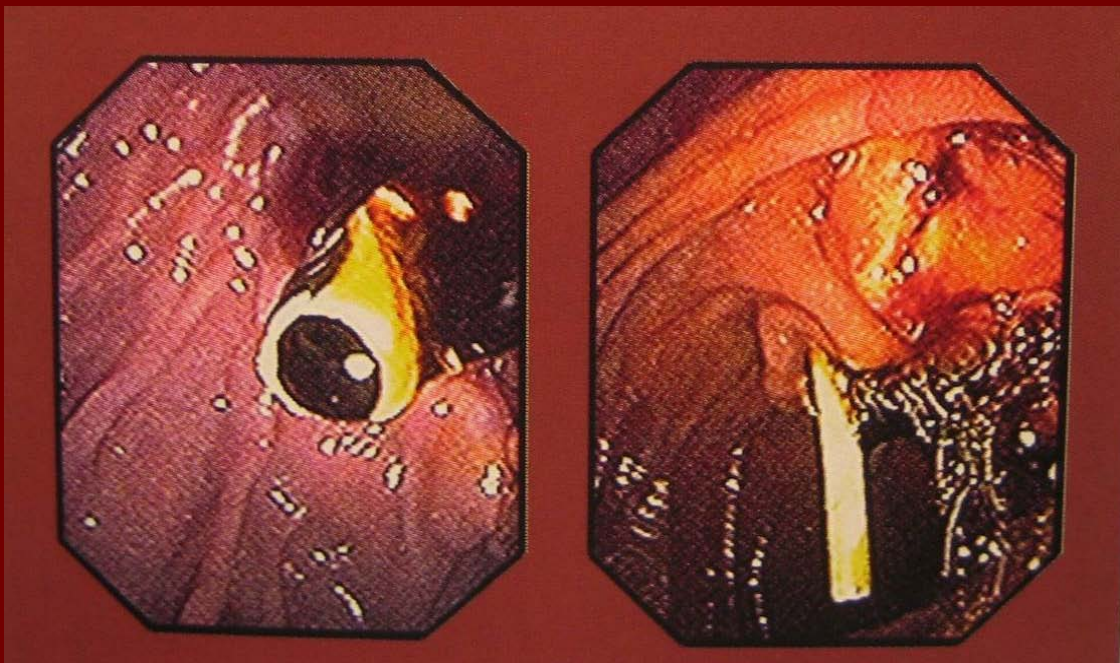


Канюлирование
большого
дуоденального
сосочка

В терминальном
отделе
холедоха
раздувается
манжета



Транспапиллярное стентирование желчных протоков при папиллостенозе



Слайд разработан профессором кафедры Хирургии №2 ММА имени И.М.Сеченова д.м.н. Котовским Е.А., разрешено представление на научных мероприятиях, организованных компанией Эбботт Лэбораториз. Фото из личного архива автора.