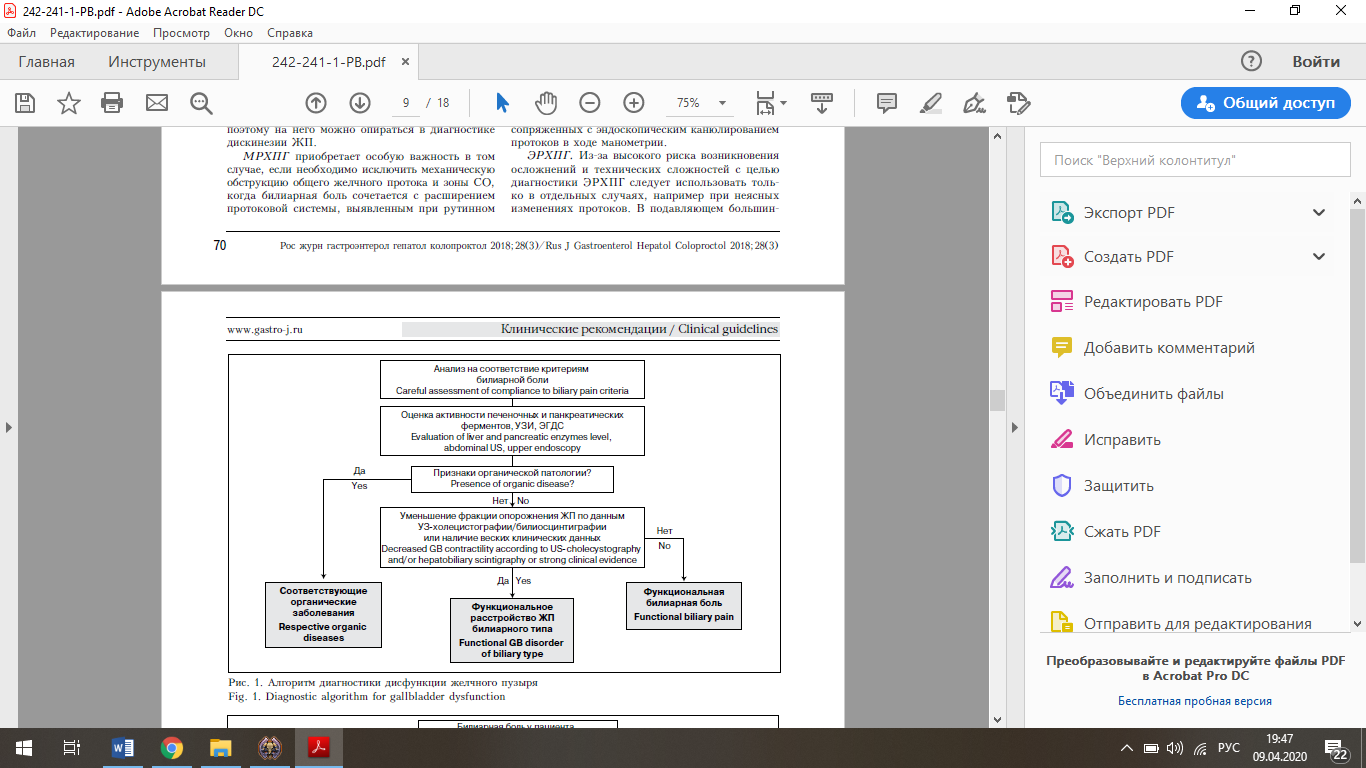
1. Дискинезия ЖВП- комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря и желчевыводящих путей, без признаков органического их поражения; заболевания функциональной природы, обусловленные нарушениям моторики (развитие преходящей функциональной обструкции) и повышением висцеральной чувствительности. Выделяют дискинезию желчного пузыря и сфинктера Одди.
2. Основные симптомы хронического холецистита и дискинезий ЖВП: приступы билиарной боли (локализация в эпигастральной области/ правом подреберье; возможна иррадиация в нижние грудные позвонки, правую подлопаточную область, длительность 30 мин и более, стойкая (быстро нарастает, достигая плато), рецидивирует с разными интервалами (не ежедневно), может возникать в ночное время (заставляет пробуждаться от сна), тягостная, приводит к снижению активности пациента, нередко требуется незамедлительное обращение за медицинской помощью, не имеет явной связи с приемом антацидов/антисекреторных средств, не имеет явной связи с дефекацией и отхождением газов, не имеет явной связи с изменением положения тела, сопровождается тошнотой, рвотой, которая не приносит облегчения. При хрониеком холецистите боль зачастую бывает спровоцирована погрешностью в диете, при дискинезии желчных путей приступы боли не всегда бывают спровоцированы погрешностями в диете, приступы могут возникать без видимых причин, иногда на фоне стрессов, в предменструальном периоде, после приема лекарственных средств, оказывающих выраженное влияние на моторику желчных путей (эстрогены, опиоиды, соматостатин). При хроническом холецистите вышеуказанные жалоб могут сопровождаться повышением температуры тела до субфебрильных цифр, в отличие от дискинезий ЖВП.
3. Основные методы диагностики заболеваний желчевыводящих путей:

* Лабораторно: общий анализ крови обычно без особенностей, но при обострении хронического холецистита наблюдаются лейкоцитоз с нейтрофилезом, сдвиг лейкоформулы влево, незначительное увеличения СОЭ. При дискинезях в клиническом анализе крови существенных изменений нет. В биохимическом анализе крови при хроническом холецистите может наблюдаться гипербилирубинемия, преимущественно за счет конъюгированной фракции, гиперхолестеринемия, повышение других маркеров холестаза, может наблюдаться кратковременное и незначительное повышение трансаминаз в крови. При дискинезиях уровень трансаминаз, амилазы и липазы, билирубина не изменяется. При функциональном расстройстве СО билиарного типа после приступа боли может быть выявлено преходящее повышение уровня билирубина и активности сывороточных трансаминаз (АсАТ, АлАТ), а при функциональном расстройстве СО панкреатического типа — активности панкреатической амилазы и липазы.
* УЗИ органов брюшной полости: позволяет выявить воспалительные изменения ЖП( утолщине стенки желчного пузыря более 4 мм у лиц без патологии печени, почек, сердечной недостаточности, при этом высказывается предположительное заключение, а при толщине стенки более 5 мм – утвердительное; наличие сонографического симптома Мерфи (болезненность в области желчного пузыря при надавливании датчиком); Увеличении размеров желчного пузыря более чем на 5 см от верхней границы нормы для пациентов данного возраста.. Наличие тени от стенок желчного пузыря; Наличие паравезикальной эхонегативности (жидкость), что более типично для острого процесса). УЗИ органов брюшной полости позволяет выявить основные критерии камня в желчном пузыре (наличие плотной эхоструктуры, акустическая тень позади, подвижность образования). Косвенный признак холедохолитиаза — расширение протока — наблюдается не всегда. Преходящее расширение общего желчного протока (более 7–8 мм) или протока поджелудочной железы (более 3,5 мм в головке) после приступа билиарной или панкреатической боли не исключает диагноз функционального расстройства СО, если другие признаки соответствуют этому диагнозу. Постоянно определяющееся расширение общего желчного протока (8 мм и менее) у пациентов, перенесших ХЭ, в отсутствие признаков механической обструкции и какой-либо симптоматики можно расценивать как адаптивные изменения после удаления ЖП. При УЗИ также можно оценить фракцию выброса ЖП с помощью УЗ-холецистографии, однако она относится к уточняющим исследованиям.
* Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) — инвазивное исследование, в процессе которого проводят канюлирование большого сосочка двенадцатиперстной кишки с контрастированием общего жёлчного протока. При выявлении конкремента(ов) в протоке возможно одновременное проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией. ЭРХГ из-за ее технической сложности и травматичности не применяют только с диагностической целью (при подозрении на холедохолитиаз): исследование проводят в ходе плановой эндоскопической папиллосфинктеротомии с целью обеспечения доступа для папиллотома и визуализации процесса. При рентгенологических исследованиях с контрастным веществом может быть выявлен так называемый «отключенный», т.е. не поддающийся контрастированию, ЖП. Причинами этого могут служить: – тотальное заполнение ЖП камнями, непроходимость пузырного протока вследствие закупорки камнем или стеноза, склероз, сморщивание, кальцификация ЖП.
* Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МР-ХПГ) характеризуется высокой эффективностью в распознавании холедохолитиаза (90–95%), однако камни размером менее 3 мм не всегда удается обнаружить. Это исследование нельзя проводить пациентам с кардиостимуляторами/дефибрилляторами, несовместимыми с проведением МРТ, что служит существенным препятствием для его применения, особенно в когорте больных пожилого возраста. Эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоУЗИ) панкреатобилиарной зоны обладает даже более высокой ценностью в распознавании холедохолитиаза (98%), чем МР-ХПГ, так как позволяет выявлять очень мелкие камни, сладж, стриктуры терминальной части общего жёлчного протока. Ограничения применения этого метода — его инвазивность и возможность оценить состояние протоковой системы только в области впадения в двенадцатиперстную кишку. Компьютерная томография не позволяет получить достоверные данные о наличии камней в жёлчных путях, так как при этом исследовании удается обнаружить только камни, содержащие достаточное количество кальция и поглощающие рентгеновские лучи (не более 50%).
* Билиосцинтиграфия — радиоизотопное исследование с иминодиуксусными кислотами, меченными 99mTc (HIDA, DIDA, DISIDA и др.), — основана на быстром захвате из крови радиофармпрепарата, введенного в высокой концентрации, и его экскреции в жёлчь. Отсутствие достаточной визуализация ЖП при нормальной визуализации дистальной части жёлчных путей может свидетельствовать об обструкции пузырного протока, остром или хроническом холецистите либо перенесенной холецистэктомии.

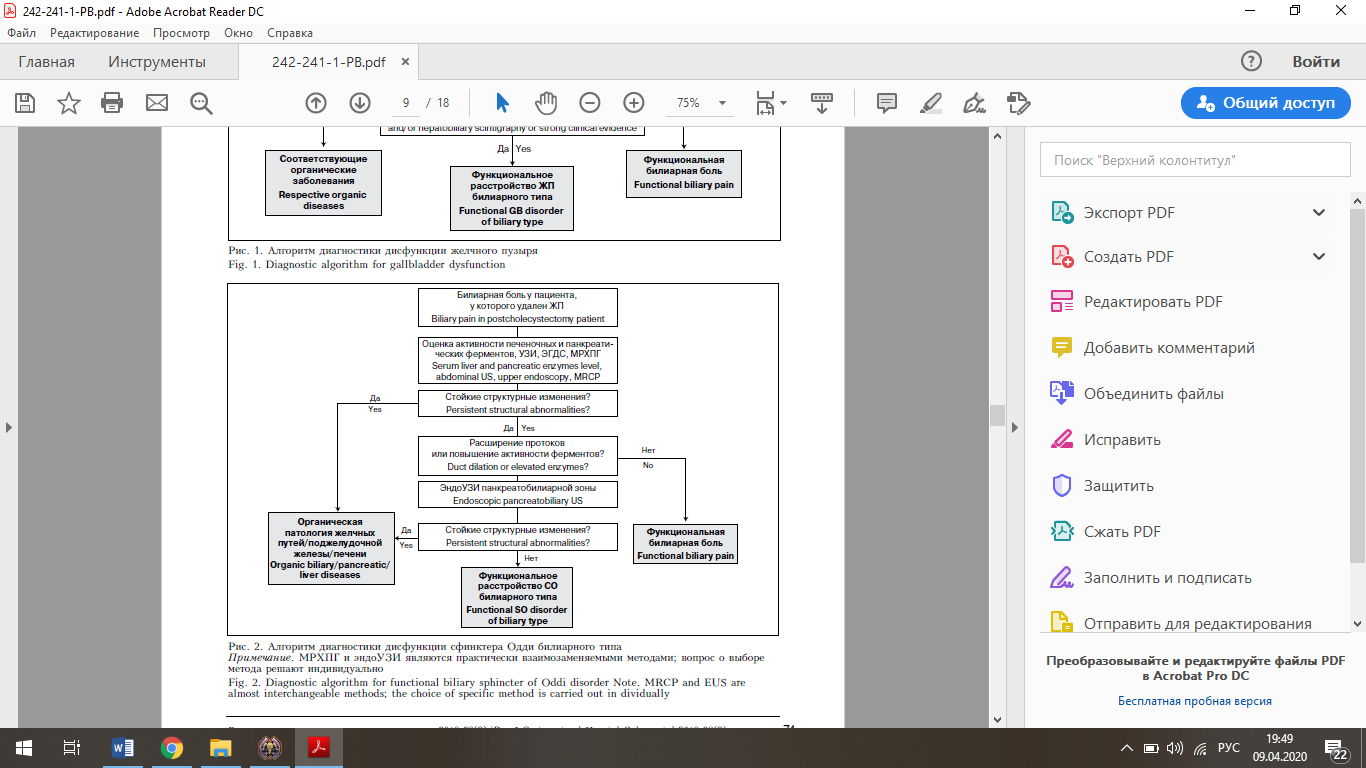
1. Основные принципы терапии заболеваний ЖВП (диета, лечение, профилактика):

* Диета: В период обострения дискинезии целесообразно соблюдать основные принципы диетического питания при заболеваниях желчных путей, выработанные много лет назад и сохраняющие свою актуальность в настоящее время. Необходимо защитить слизистую оболочку верхних отделов ЖКТ от механического, термического и химического воздействия. Характер питания может быть приближен к диете № 5 по Певзнеру. В идеале пищу нужно принимать каждые 3 ч, отказаться от длительных перерывов в приеме пищи, желательно ограничить потребление животных жиров, пищи в жареном виде, экстрактивных веществ (крепкие мясные и рыбные бульоны, копчености и консервы), пряностей, приправ и специй (лук, чеснок, перец, горчица), маринадов, газированной фруктовой воды, пива, белого сухого вина, шампанского, кофе, цитрусовых. Пищу целесообразно готовить преимущественно путем варки, тушения, запекания, на пару. В течение 1,5–2 ч после приема пищи следует избегать длительных наклонов и горизонтального положения. Полезны кисломолочные продукты (творог, кефир, йогурт невысокой жирности), каши (овсяная, гречневая) на воде или молоке низкой жирности, бананы, печеные яблоки, картофельное пюре, вощные супы, отварное мясо (нежирная говядина, куриная грудка). Полезен прием негазированной минеральной воды в подогретом виде по1 стакана 4 раза в день за полчаса до еды. Вне периода обострения диету расширяют и при хорошей переносимости питание организуют по обычным рациональным принципам.Важно принимать пищу в спокойной обстановке, не спеша.
* Селективные спазмолитики: Мебеверин – селективный миотропный спазмолитик, который оказывает прямое действие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта. Режим назначения мебеверина у данных пациентов — по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды курсовым лечением в течение 30 дней. Тримебутин обладает комбинированным действием за счет влияния на опиоидные рецепторы ЖКТ (спазмолитическим, прокинетическим и обезболивающим). Тримебутин применяют по 200 мг 3 раза в день в течение месяца. Гимекромон выводится в желчь, и его спазмолитическое действие реализуется только на уровне желчных путей и начальных отделов тонкой кишки, что объясняет высокую селективность действия препарата на сфинктер желчного протока и СО. Гимекромон можно применять в режиме «по требованию» по 200–400 мг внутрь при появлении симптомов и в виде курсового лечения по 200–400 мг 3 раза в день заполчаса до еды в течение 14–21 дней. Менее селективными являются ингибиторы фосфодиэстеразы (в частности, дротаверин), хотя он не обладает высокой селективностью действия на желчные пути, а также пинаверия бромид, блокирующий кальциевые каналы гладкомышечных клеток.
* Комбинированные препараты: Альверин+симетикон- спазмолитик+ пеногаитель. Режим дозирования: прием «по требованию» 1 табл. (60 мг+300 мг) внутрь при дискомфортных ощущениях и вздутии либо курсовое лечение по 1 табл. 2–3 раза в день до еды в течение 14–30 дней или более длительно.
* УДХК назначают в виде курсового лечения в дозе 10 мг на 1 кг массы тела в 2 приема после еды в течение 2 нед — 2 мес.
* Для купирования приступов боли при дискинезии (если диагноз четко обоснован) допустимо применять ненаркотические анальгетики в стандартных дозах
* При четко обоснованном диагнозе и часто рецидивирующей боли, при которой можно предполагать невропатический компонент или связь с центральной сенситизацией, обосновано назначение трициклических антидепрессантов с целью лечения функциональной боли. Амитриптиллин сначала назначают в малой дозе — по 10 мг перед сном. Эффективность лечения оценивают через 2 нед.
* Профилактика: Снижение массы тела, отказ от приема эстрогенов и фибратов, исключение длительных периодов голодания, прием пищи каждые 3-4 часа, прием жидкости не менее 1,5 литров в день.

1. Алгоритм диагностики дисфункции ЖП:

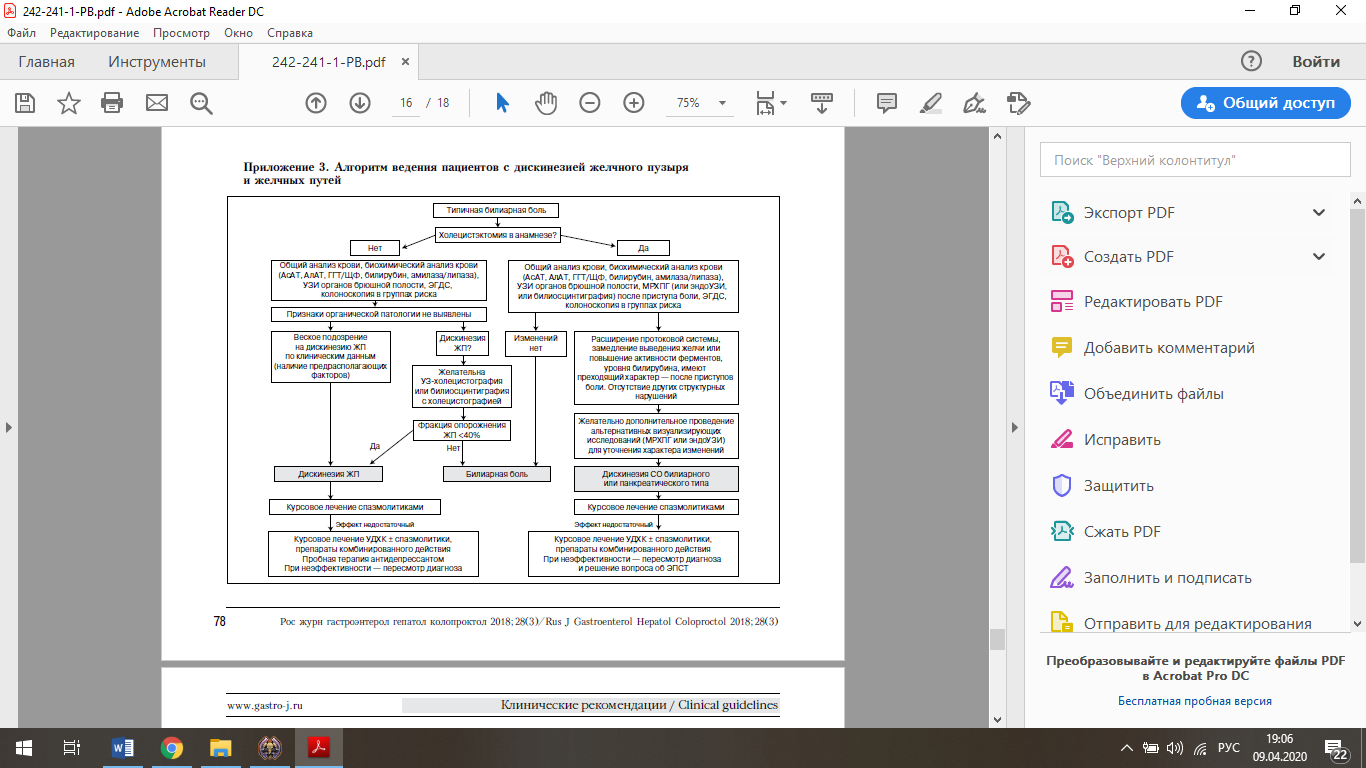
**Критерии дискинезии** (дисфункции, функционального расстройства) ЖП:характерная билиарная боль, отсутствие камней/сладжа и других структурных изменений ЖП по данным УЗИ, дополнительные подтверждающие признаки: снижение фракции опорожнения ЖП (<40%) по данным УЗ-холецистографии или билиосцинтиграфии; нормальные активность печеночных ферментов, амилазы/липазы и уровень прямого билирубина в крови.

1. Алгоритм диагностики дисфункции сфинктера Одди



Критерии дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) билиарной порции СО:характерная билиарная боль,повышение активности печеночных ферментов или расширение желчного протока, отсутствие камней в желчных протоках и других их структурных изменений, дополнительные подтверждающие признаки: нормальная активность амилазы/липазы, характерные изменения по данным билиосцинтиграфии и манометрии СО. Критерии дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) панкреатической порции СО: атаки панкреатита в анамнезе (характерная панкреатическая боль, активность амилазы/липазы в крови выше 3 норм, признаки острого панкреатита по данным визуализации),исключение других причин развития панкреатита,отсутствие изменений по данных эндоУЗИ, дополнительный подтверждающий признак:характерные изменения по данным манометрии.

7.Алгоритм ведения пациентов с дискинезией ЖП и ЖВП

8. Схема диагностики холецистита

1. Жалобы, анамнез, осмотр
2. Определение билирубина, щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ, амилазы и липазы крови
3. УЗИ
4. ЭГДС
5. Дуоденальное зондирование (моторика, концентрация, тонус сфинктера Одди, воспаление - слизь, лейкоциты, желчные клетки, хроматическое зондирование - желчные кислоты, холестерин)
6. УЗИ с оценкой функции желчного пузыря и сфинктера Одди
7. ЭРХПГ с манометрией сфинктера Одди
8. Компьютерная томография с болюсным усилением
9. Ядерно - магнитный резонанс

9. Основные принципы терапии хронического бескаменного холецистита

Задачи лечения: устранить инфекцию в желчном пузыре, нормализовать функцию сфинктеров билиарной системы, снизить литогенность желчи.

* Антибактериальная терапия: Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день; Ампициллин 500 мг 4 раза в день; Эритромицин 200 - 400 мг сутки каждые 6 часов (ровамицин 1,5 МЕ х 2 раза в день); Метронидазол 250 мг 4 раза в день; Кларитромицин (фромилид, фромилид уно) 500 мг 2 раза в день. Длительность терапии – не менее 10 дней, возможны повторные курсы.
* На выходе из обострения к антибактериальным препаратам или сразу после курса антибиотикотерапии добавляется курс желчегонных препаратов. Холеретики, холекинетики (никодин, аллохол, лиобил, холензим, хофитол, сульфат магния, ксилит, сорбит, желчегонные травы, тюбажи).
* Системные спазмолитики: холинолитики (платифиллин, бускопан, гастроцепин), миотропные спазмолитики (но-шпа, папаверина гидрохлорид, баралгин) Селективные по отношению к гладкой мускулатуре кишечника и билиарного тракта спазмолитики: мебеверин (дюспаталин, спарекс) по 200 мг (1 капсула) 2 раза в день не менее 3 - 4 недель или Дицетел 50 - 100 мг 3 раза в день или Метеоспазмил по 1 капс. 3 раза в сут.
* Пробиотики после окончания антибактериальной терапии (бифиформ, линекс, бион-3, энтерол, бифидумбактерин, нормобакт, лактобактерин и др.) и пребиотики (дюфалак, хилак - форте).
* Ферменты пищеварения (при наличии панкреатита): мезим-форте 10000ЕД, креон 10000 ЕД, 25000ЕД и 40000ЕД, панзинорм 10000 и 20000ЕД, микразим 10000 и 25000 ЕД, эрмиталь 10000,25000 и 36000ЕД. и др.

Задача:

1. Диагноз: ЖКБ. Постхолецистэктомный синдром. Холецистэктомия в 2017 г. Спазм сфинктера Одди. Дуоденогастральный рефлюкс. Катаральный бульбит. Перипапиллярный дивертикул 12-перстной кишки. Жировая инфильтрация печени.
2. Лечение: Диета. Стол № 5. Разгрузочная диета  – 1200 ккал/д, физические нагрузки. Лекарственная терапия: Гимекромон (Одестон) 400 мг 3 р/сут за 30 мин до еды 1 мес.; УДХК 1000 мг/сут после еды 1 мес