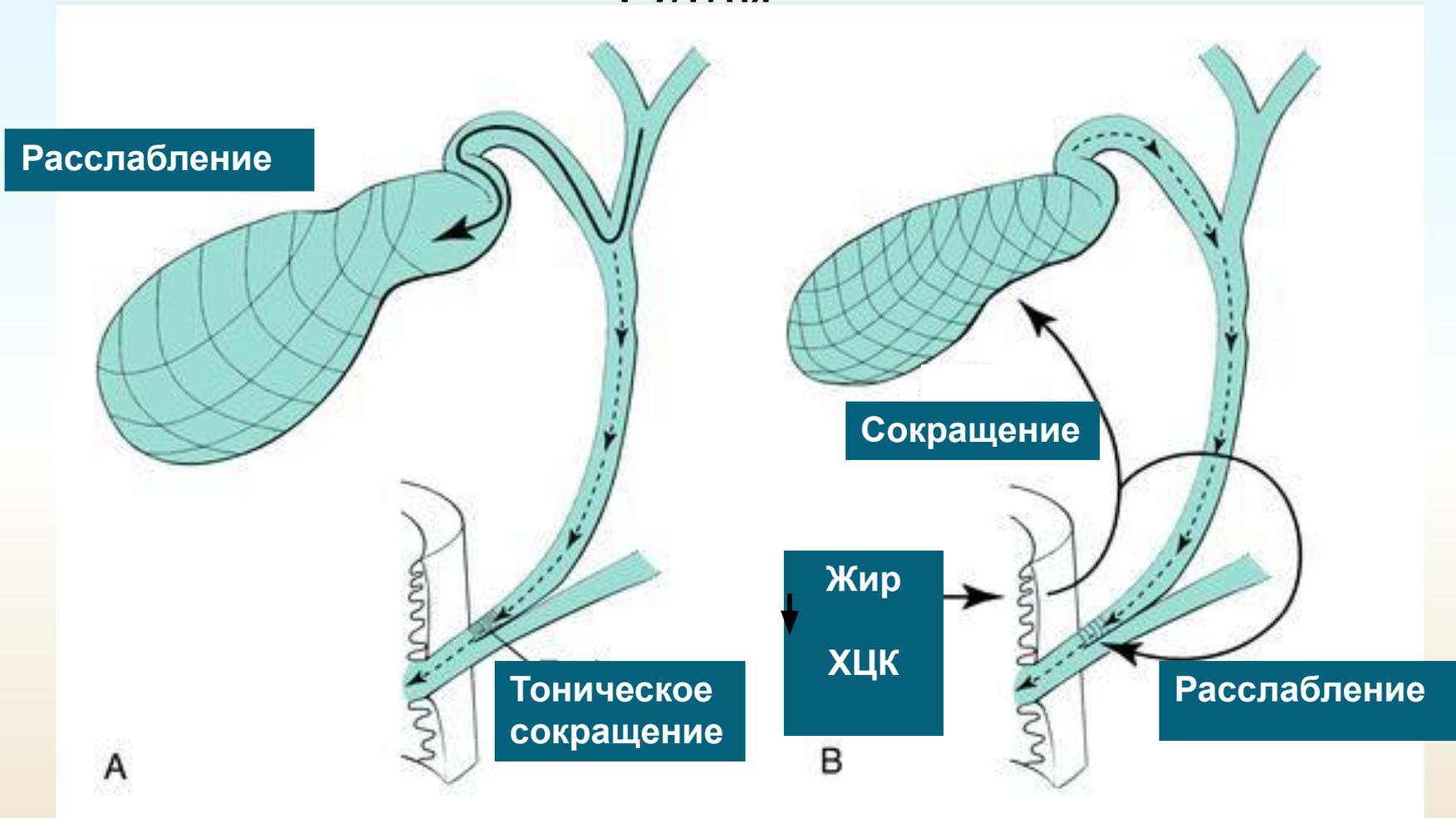


**Хронический  
холецистит.  
Желчнокаменная  
болезнь.**

# Регуляция работы желчного пузыря и сфинктера

Одди



в покое

при приеме пищи

# **ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

# Определение

**Хронический холецистит (ХХ)** – хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с дискинезиями желчевыводящих путей (ДЖВП) и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи

# Эпидемиология

- ХХ и ДЖВП страдают 20-25% населения
  - почти каждая 4-я женщина и каждый 10-й мужчина
- женщины болеют чаще мужчин в 3-4 раза

# Этиология

- Бактериальная инфекция - кишечная палочка, энтерококки, стафилококки, стрептококки, НР ?
- Вирус гепатита А – в 10% случаев
- Смешанная микрофлора
- Паразитарная инвазия (описторхоз, лямблии) – вторична?

# Предрасполагающие факторы

## 1. Застой желчи, к которому приводят:

- нарушение режима питания
- психоэмоциональные факторы
- гиподинамия
- ожирение
- беременность (частые роды)
- запоры
- органические нарушения путей оттока желчи

## **2. Дисбактериоз кишечника -**

избыточная бактериальная контаминация кишечника (избыточный рост микрофлоры кишечника)

## **3. Нарушения обмена веществ,**

способствующие изменению химического состава желчи (ожирение, сахарный диабет и др.)

## **4. Повреждение стенок желчного пузыря**

(ЖКБ, заброс панкреатического сока)

## **5. Аллергические и иммуновоспалительные реакции**



# Инфекция проникает в желчный пузырь тремя путями:

*гематогенным* - из большого круга кровообращения по печеночной артерии,

*лимфогенным* - по лимфатическим путям из кишечника, половой сферы, печеночных и внутрипеченочных путей.

*восходящим* - из кишечника. Этому способствуют желудочная гипосекреция, недостаточность сфинктера Одди и т.д.

# Патогенез

<b>ИНФЕКЦИЯ</b> (гематогенный, восходящий, лимфогенный пути)	<b>ФАКТОРЫ, способствующие застою желчи</b>	<b>ФАКТОРЫ, приводящие к повреждению слизистой оболочки желчного пузыря</b>
Аллергические и иммуновоспалительные реакции		
	<b>ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ</b>	

# Классификация ХХ (Я.С. Циммерман)

## I. По этиологии

- Бактериальный
- Вирусный
- Паразитарный
- Немикробный («асептический»)
- Аллергический
- «Ферментативный»
- Невыясненной этиологии

## **II. По клиническим формам**

### **1. Хронический бескаменный холецистит**

- а) с преобладанием воспалительного процесса
- б) с преобладанием дискинетических явлений

### **2. Хронический калькулезный холецистит**

### **III. По типу дискинезий**

#### **1. Нарушение сократительной функции желчного пузыря**

а) гиперкинез с гипертонусом

б) гипокинез с гипотонусом

#### **2. Нарушение тонуса сфинктеров желчевыводящих путей (чаще всего гипертонус сфинктера Одди)**

## **IV. По характеру течения**

- Редко рецидивирующий
- Часто рецидивирующий
- Постоянного (монотонного) течения
- Атипичного течения

## **V. По фазам заболевания**

- ✓ Фаза обострения
- ✓ Фаза затухающего обострения
- ✓ Фаза ремиссии

# Степени тяжести хронического холецистита

## легкая

- обострения 1-2 раза в год,
- продолжительность обострения не более 2-3 недель.
- Диспепсические явления отсутствуют.
- Функция печени, как правило, не нарушена.

## средняя

- стойкий болевой синдром.
- Часто беспокоят тошнота, изжога, металлический вкус во рту, может быть рвота пищей на высоте болей, желчью, отрыжка.
- синдром кишечной диспепсии (метеоризм, чередование запоров и поносов).
- Нередко отмечается ↓ работоспособности, раздражительность, бессонница.
- Обострения бывают чаще (5-6 раз в год), длительные.

## тяжелая

- резко выражен болевой синдром и диспепсические явления,
- отмечаются частые (1-2 раза в месяц и чаще) и продолжительные желчные колики.
- Медикаментозная терапия малоэффективна.
- Не редко развиваются осложнения (перихолецистит, холангит, перфорация желчного пузыря, водянка пузыря, эмпиема).

## **VII. Осложнения**

- Реактивный панкреатит
- Реактивный гепатит
- Перихолецистит
- Холангит
- Водянка, эмпиема, перфорация желчного пузыря
- Хронический дуоденит
- Дуоденальный стаз
- Дуодено-гастральный рефлюкс желчи

# КЛИНИКА, ЖАЛОБЫ

## 1. БОЛЬ:

- ❖ Связана с нарушением диеты: жирные и жареные блюда, холодные газированные напитки, яйца, пиво, вино и др. в типичных случаях она локализуется в правом подреберье, иногда в подложечной области, с иррадиацией в правое плечо, лопатку иногда в ключицу.
- ❖ При сниженном тоне мускулатуры желчного пузыря (его гипотонии) боль постоянная, неинтенсивная, ноющего характера. Примерно в половине случаев боли как таковой может не быть вообще, а на первый план выходит чувство тяжести в правом подреберье.
- ❖ В случае если тонус мускулатуры желчного пузыря повышен, боль появляется приступами, она кратковременна, интенсивна, напоминает приступ желчной колики при желчнокаменной болезни.

**2. ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ:** чувство горечи во рту, особенно по утрам; «горькие» отрыжки, изжога; рвота: при гипокинетической дискинезии после рвоты уменьшение болей, при гипертонической дискинезии- усиление болей;

## 3. КОДЖНЫЙ ЗУД

## 4. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА (В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ)

## 5. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТА.

## 6. КАРДИАЛГИИ

# Болевой синдром при ХХ





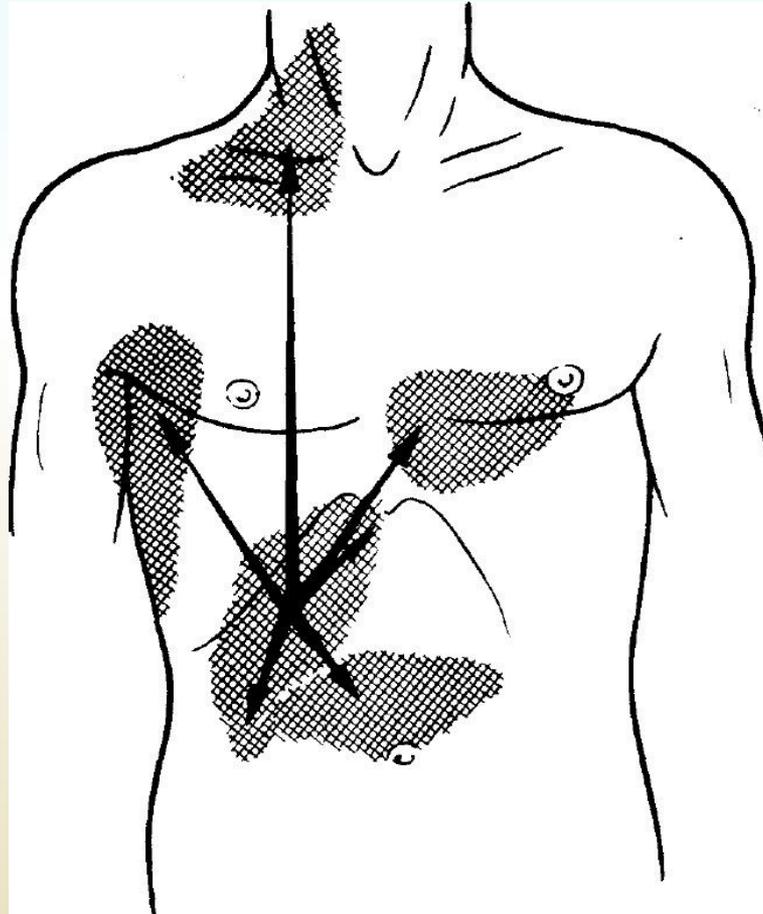
# Характеристика болевого синдрома

1. **Локализация** - в правом подреберье, иногда или появляются только в местах типичной иррадиации. Могут быть боли в области спины.
2. **Характер** - при ХБХ боли тупые, терпимые. При калькулезном - резкие нестерпимые боли.
3. **Длительность** – несколько часов, дней.
4. **Иррадиация** в лопатку, правое плечо, область шеи справа.

# Характеристика болевого синдрома

5. Возникают через 40-90 мин после еды, особенно обильной и богатой жирами, а также после тряской езды и длительного ношения тяжестей. Нередко боли возникают или усиливаются при длительном пребывании в положении сидя.
6. Исчезают от местного применения тепла, спазмолитиков.
7. Сопровождаются изжогой, тошнотой, отрыжкой воздухом и пищей.
8. У 85% больных **боль отличается монотонностью**, лишь у 10-15% наблюдаются редкие, сравнительно малоинтенсивные приступы желчной колики.

# Возможная иррадиация боли при холецистите



## 2. Диспепсический

- отрыжка
- горечь во рту
- тошнота, рвота желчью
- метеоризм

## **3. Воспалительный синдром**

При обострении ХХ может быть повышение температуры тела

# 4. Кишечный синдром

- неинтенсивная боль по всему животу
- вздутие живота
- склонность к запорам
- при обострении ХХ – жидкий стул

## **5. Холестатический синдром (при закупорке желчного протока слизью или камнем)**

- кожный зуд
- желтуха

# 6. Холецисто-кардиальный синдром (С.П.Боткин)

У 25-50% больных могут быть

- Упорные боли в области сердца (*ложная стенокардия*)
- Боли в области сердца рефлекторного характера
- Преходящие аритмии, экстрасистолия
- Метаболические изменения миокарда
- Изменения на ЭКГ (отрицательный зубец Т)

# 7. Синдром предменструального напряжения

Дисфункция надсегментарных вегетативных структур и гормональный дисбаланс.

У женщин, особенно молодых.

- во вторую фазу менструального цикла
- обострение воспалительных и дискинетических процессов в ЖП

# 8. Аллергический синдром

- Сочетание ХХ с заболеваниями атопического генеза (пищевой и лекарственной аллергией, бронхоспастическими явлениями, мигренью, поллинозом, вазомоторным ринитом, эозинофилией, крапивницей)
- Упорный рецидивирующий резистентный к лечению ХХ

# 9. Солярный синдром

При длительном тяжелом ХХ

- Раздражение солнечного сплетения
- Постоянные боли в области пупка, иррадиирующие в спину (соляралгия, “солярный гвоздь”)

# Маски хронического холецистита:



«желудочно-кишечная маска»

«кардиальная»

«невротическая»

«ревматическая»

«тиреотоксическая»

# Клинические “маски” ХХ (варианты атипичной симптоматики ХХ)

- *Желудочно-кишечная* - диспепсия, отсутствие типичных болей
- *Невротическая* - невротический синдром, невротический синдром
- *Кардиальная* - рефлексорная стенокардия, кардиалгии, аритмии, АВ-блокада, метаболические нарушения ЭКГ
- *Ревматическая* – артралгии, кардиалгии, миалгии, субфебрилитет, метаболические нарушения ЭКГ
- *Тиреотоксическая* - эмоциональная лабильность, кардиалгии, экстрасистолия, тахикардия, субфебрилитет, тремор рук

# Объективно



**При осмотре** – может быть

- субиктеричность кожи и склер
- избыточная масса тела

**При пальпации** – зоны кожной гиперестезии

- в правом подреберье
- под правой лопаткой
- болезненность при пальпации желчного пузыря

# Болевые симптомы ХХ

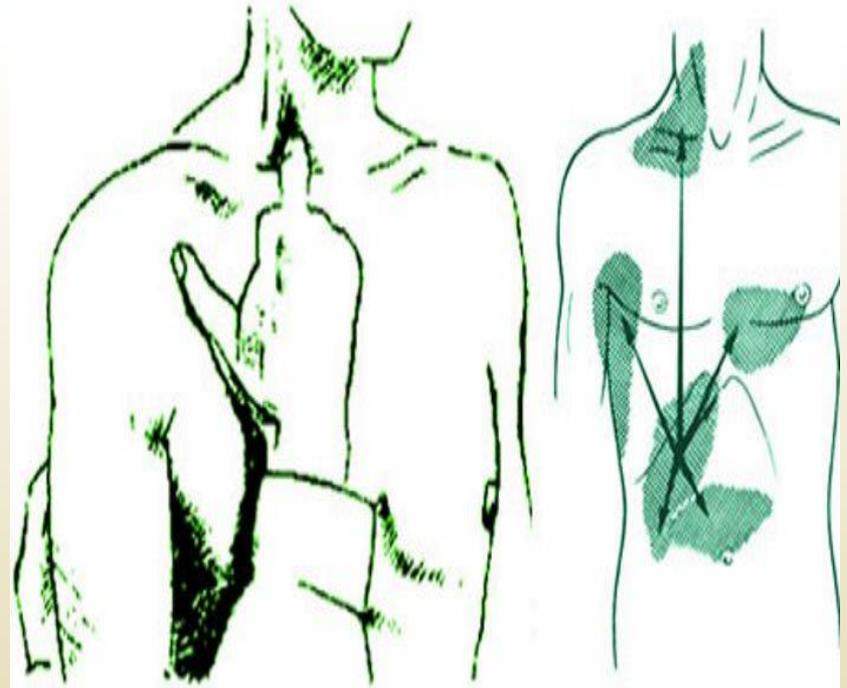
**Симптом Кера** – болезненность при надавливании в области желчного пузыря (пересечение наружного края прямой мышцы живота с правой реберной дугой) при вдохе в положении больного лежа

# **Симптом Мерфи –**

болезненность при пальпации желчного пузыря на вдохе в положении больного сидя

**Симптом Грекова-Ортнера –**  
болезненность в зоне желчного пузыря  
при поколачивании по правой реберной  
дуге

**Симптом Мюсси-Георгиевского  
(френикус-симптом)** – болезненность  
при надавливании на правый  
диафрагмальный нерв между ножками  
грудино-ключично-сосцевидной мышцы



- **Симптом Курвуазье** – пальпация увеличенного желчного пузыря – при водянке ж.п., опухоли головки п/ж, закупорке камнем общего пузырного протока

# ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

## ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ

**СИМПТОМ ЗАХАРЬИНА:** БОЛЬ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ ИЛИ НАДАВЛИВАНИИ НА ОБЛАСТЬ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



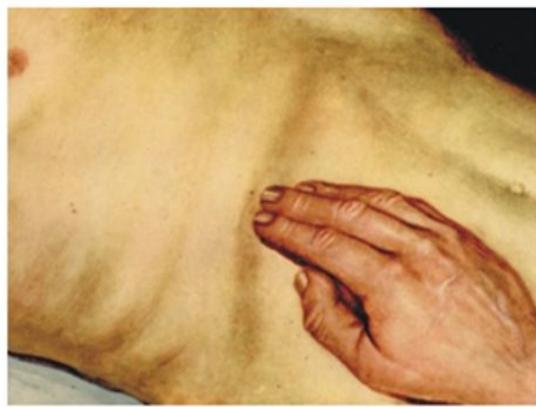
**СИМПТОМ ВАСИЛЕНКО** — ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ В ТОЧКЕ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ ПО ПРАВОЙ РЕБЕРНОЙ ДУГЕ НА ВДОХЕ. ВЫЯВЛЯЕТСЯ НА РАННИХ СТАДИЯХ.



**СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА-МЕРФИ** — ПРИ РАВНОМЕРНОМ НАДАВЛИВАНИИ В ТОЧКЕ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ (НАДУТЬ ЖИВОТ) ПОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ.



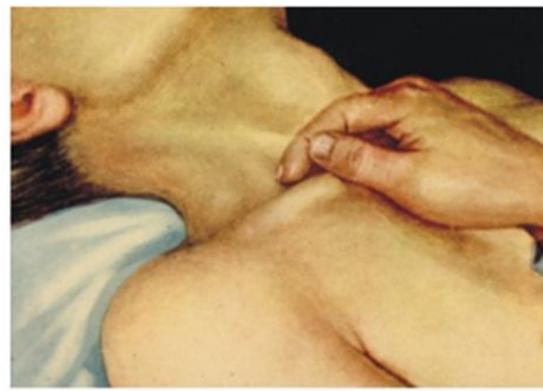
**СИМПТОМ КЕРРА** — БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ НА ВДОХЕ В ТОЧКЕ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



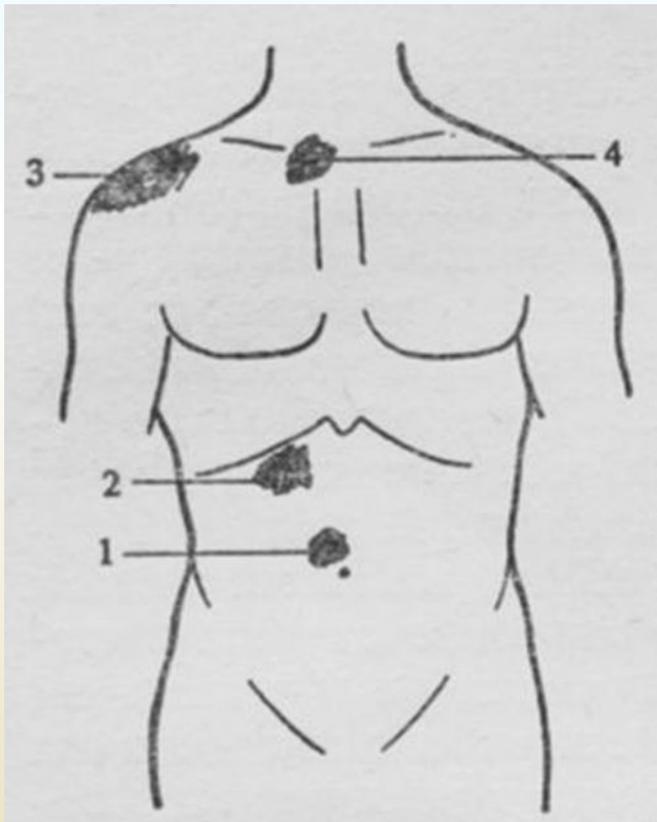
**СИМПТОМ ОРТНЕРА** — БОЛЬ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ РЕБРОМ КИСТИ ПО ПРАВОЙ РЕБЕРНОЙ ДУГЕ



**СИМПТОМ МЮССИ-ГЕОРГИЕВСКОГО** - БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ В ПРАВОЙ НАДКЛЮЧИЧНОЙ ОБЛАСТИ МЕЖДУ НОЖКАМИ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЫ.



# Болевые зоны при ХХ



- 1- зона Шоффара
- 2-френикус-симптом
- 3-зона правого плеча
- 4-точка желчного пузыря

# Лабораторные методы исследования

## Общий анализ крови

- лейкоцитоз
- сдвиг лейкоформулы влево
- увеличение СОЭ

# Биохимический анализ крови –

## Повышение:

- серомукоида, сиаловых кислот, фибриногена, СРБ
- билирубина
- трансаминаз (АСТ,АЛТ)
- холестерина, триглицеридов

# Дуоденальное зондирование

## Изменения порции В (пузырной желчи)

- При ХХ - мутная, с хлопьями и слизью, содержит большое количество лейкоцитов, эпителия
- большое количество кристаллов холестерина, билирубината кальция - **предрасположенность к холелитиазу**
- при бактериологическом исследовании желчи определяют возбудителя и его чувствительность к антибиотикам
- отсутствие порции В – нарушение сократительной функции желчного пузыря
- увеличение порции В более 50-60 мл – застойные явления в желчном пузыре и гипотоническая дискинезия

# Инструментальные методы исследования

## УЗИ – ведущий метод диагностики

Характерно:

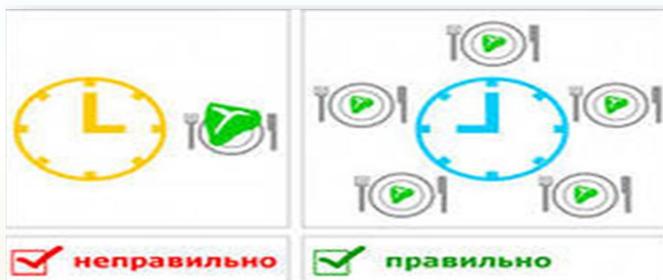
- утолщение стенки желчного пузыря (более 3 мм)
- неравномерность и деформация контура пузыря
- негетогенность содержимого
- наличие воспалительно-склеротических изменений, камней (ЖКБ)

## ● **Рентгенологические методы исследования –**

- пероральная холецистография
- внутривенная холеграфия
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)
- **КТ и МРТ ОБП**
- нарушение концентрационной способности
- нарушение двигательной функции
- деформация контуров желчного пузыря
- наличие камней, онкопатологии и др.

# ПРИНЦИПЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

**Диета** (частое, дробное питание, химически щадящее, но богатое клетчаткой, свежими овощами и фруктами, растительными маслами).



## В ФАЗЕ РЕМИССИИ

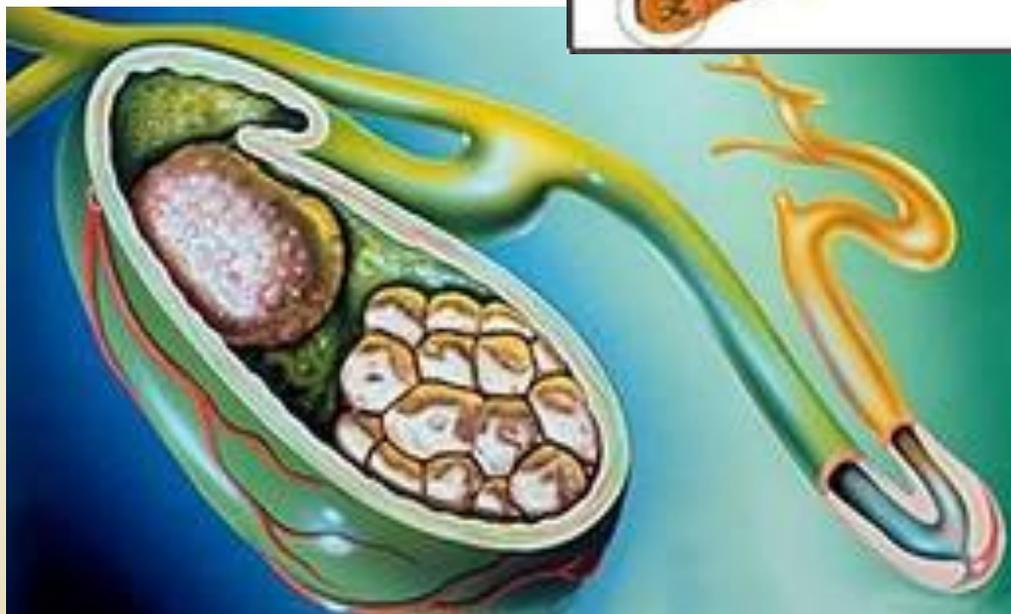
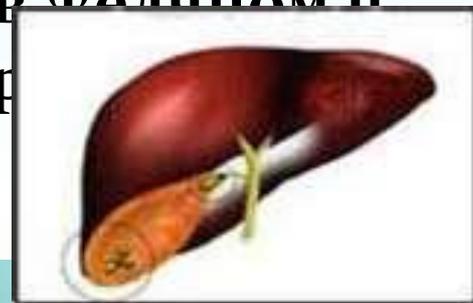
1. санаторно-курортное лечение.
2. терапия минеральными водами и (при отсутствии холангита), рекомендуется употреблять минеральные воды следующих типов: «Ессентуки» № 17, «Ессентуки» (№ 4, «Джермук», «Ижевская», «Смирновская», «Славяновская». Минеральные воды следует принимать за 20–30 минут до еды по 0,5-1 стакана 3–4 раза в день.
3. Физиотерапевтическое лечение: индуктотермия, УВЧ, иглорефлексотерапия, бальнеотерапия.

# ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

- 1) Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия (при обострениях хронического холецистита).**
- 2) Патогенетическая терапия, направленная на стимулирование образования и выведения желчи (холеретики: аллохол, холэнзим, никодин - стимулируют выделение желчи печеночными клеткам; холекинетики: сульфат магния, растительные масла - стимулируют выброс желчи благодаря усилению моторики жп и желчных путей, желчегонные средства растительного происхождения: хофитол, хологол).**
- 3) Патогенетическая терапия, направленная на растворение холестериновых камней и предотвращение образования новых вне обострения холецистита (препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсосан, урсофальк, урсохол).**
- 4) Патогенетическая ферментная терапия, направленная на восстановление процессов пищеварения при сопутствующем панкреатите.**
- 5) Симптоматическая терапия, направленная на устранение болевого синдрома (Но-Шпа, нитроглицерин и т.д.)**
- 6) Симптоматическая терапия, направленная на устранение тошноты и рвоты (церукал, мотилиум).**

# Желчнокаменная болезнь

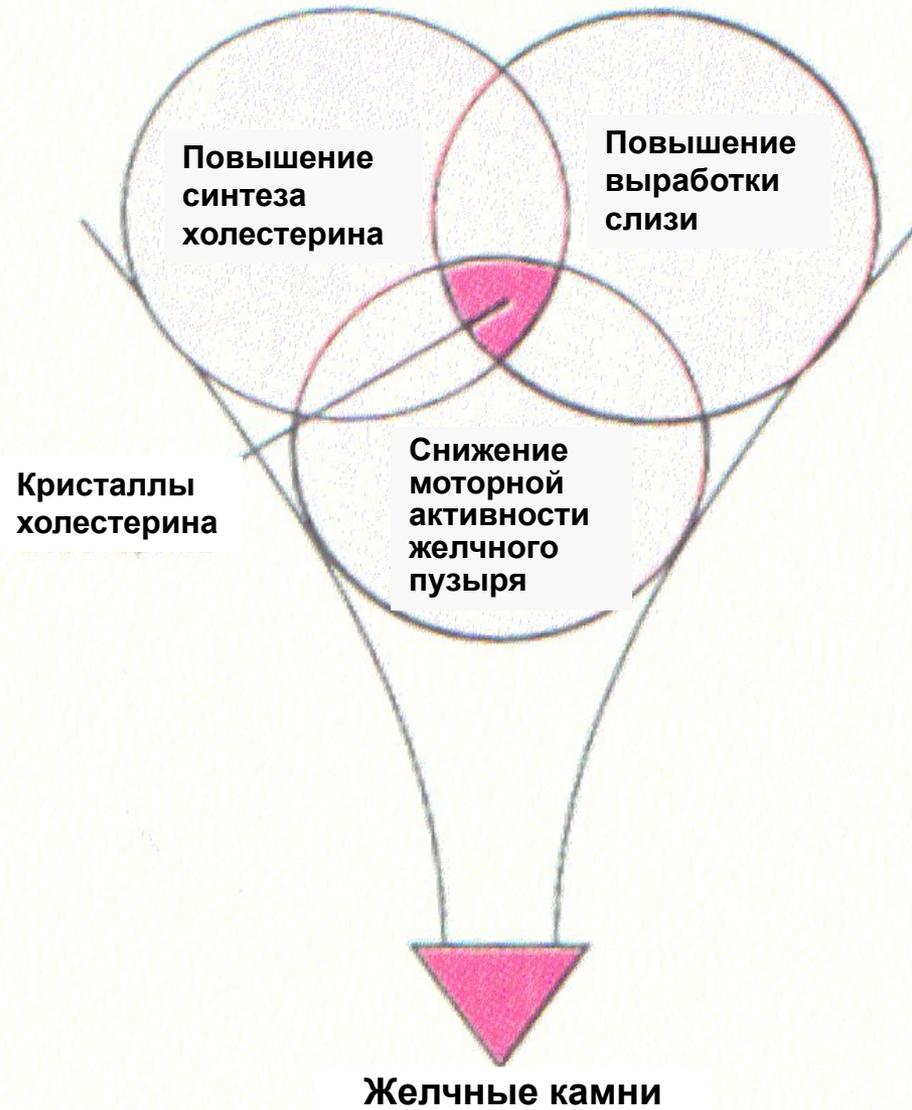
- заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина, желчных кислот и/или билирубина с образованием камней в желчном пузыре (холецистолитиаз) и/или желчных протоках (холедохолитиаз).



# Основные факторы риска развития ЖКБ

<b>Наследственность</b>	<b>Холелитиаз у матери</b>
<b>Пол</b>	<b>Женский</b>
<b>Лекарства</b>	<b>Контрацептивные стероиды</b>
<b>Возраст</b>	<b>Пожилой и старческий</b>
<b>Состояние питания</b>	<b>Ожирение, быстрое похудание, полное парентеральное питание, голодание</b>
<b>Заболевания и состояния</b>	<b>Беременность, б.Крона, сахарный диабет, цирроз печени, инфекция билиарной системы, резекция желудка, с-м укороченной тонкой к.</b>

# Патогенез ЖКБ



# Виды желчных камней:

## 1. Гомогенные:

▣ *холестериновые*

▣ *билирубиновые*

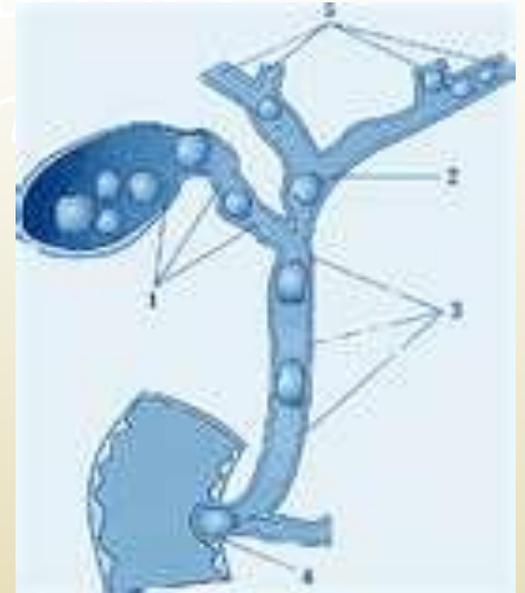
▣ *известковые*

**2. Смешанные:** *холестерин*  
*+ желчный пигмент + соли*  
*кальция*

**3. Сложные:** *ядро из холестерина*  
*+ оболочка из кальция +*  
*холестерин и билирубин*

# Классификация:

- 1. Желчнокаменная болезнь (холестаз)*
- 2. Камни желчного пузыря с острым холециститом*



3. Камни желчного пузыря без холецистита
4. Камни желчного протока с холангитом
5. Камни желчного протока с холециститом

# Разновидности камней в желчном пузыре



## Клинические стадии:

- 1. Физико-химическая:  
протекает бессимптомно**
- 2. Латентная: бессимптомное  
камненосительство**
- 3. Клинически выраженная  
стадия.**

Формы:

- Диспепсическая:

- ▣ *Симптоматика диспепсической формы*
- ▣ *Тяжесть в пр. подреберье и эпигастральной обл.*



▣ Неустойчивый стул

▣ Изжога и вздутие  
живота

▣ Горечь во рту

● Болевая торпидная:



- Тупые ноющие боли в эпигастрии и в пр. подреберье
- Усилив. при погрешности в диете, физ. нагрузки, стрессов
- Иррадиация боли в пр. лопатку, плечо, ключицу, пр. половину шеи

● Болевая приступообразная форма  
(желчная колика):

▣ *Внезапные тяжелые  
болевые приступы*

▣ *Коллющий, режущий,  
раздирающий х-р*

- Боль в обл. желчного пузыря и эпигастрии*
- Иррадиация боли*
- Тошнота, рвота, горечь и сухость во рту*



- **Объективно:**

- *Ксантелазмы – липидные желтоватые пятна*
- *Субиктеричность склер и кожи*
- *Умеренное вздутие живота*
- *Болезненность в обл. пр. надпочечника*

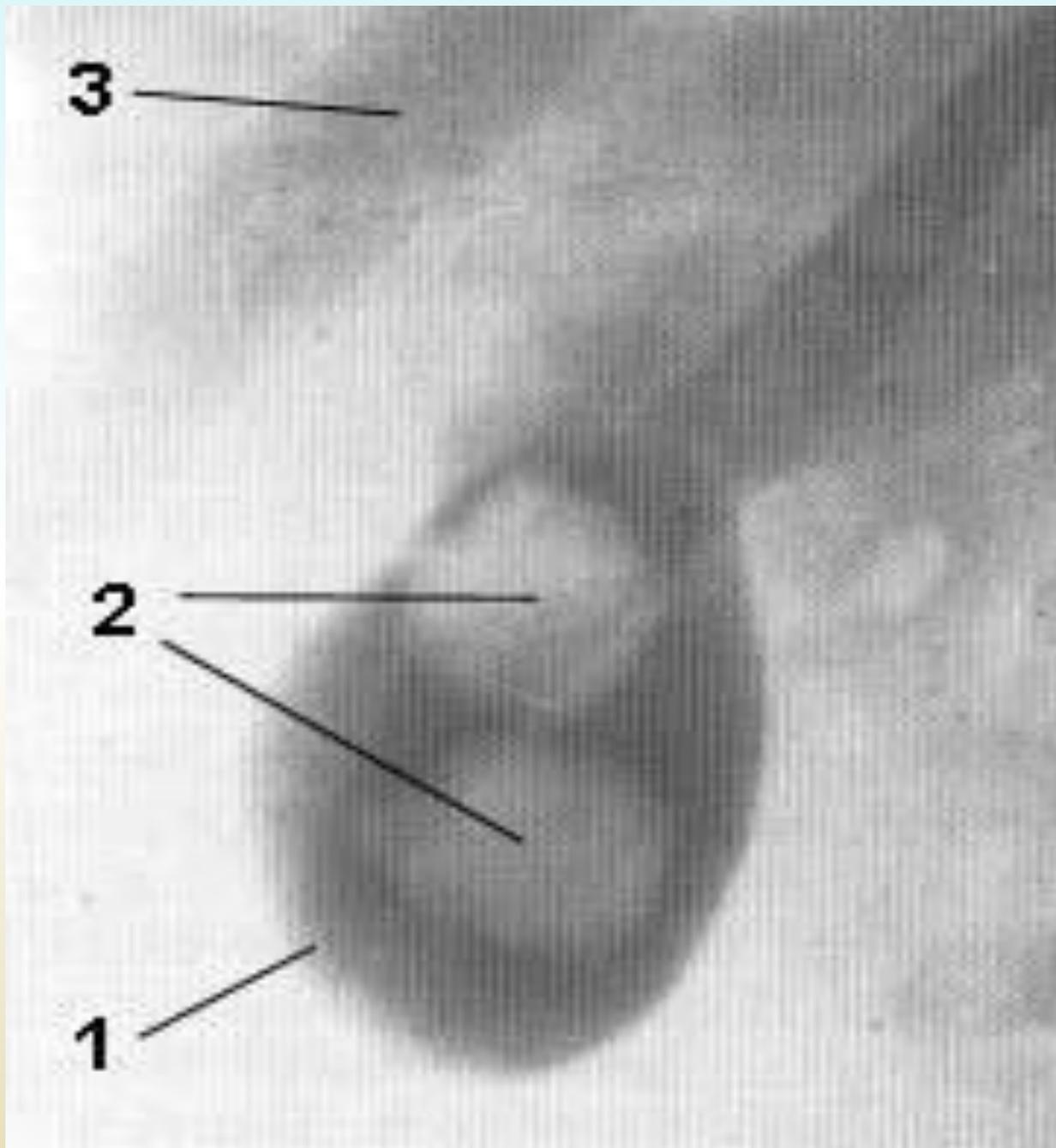
- *Напряжение мышц брюшной стенки в обл. пр. подреберья*
- *Положительные симптомы Ортинера, Мюсси, Керри, Мерфи*
- *Язык сухой, обложенный*
- *Одышка, цианоз, тахикардия, артериальная гипертензия*
- *«мраморная» окраска кожи*

# Диагностика:

## ● Рентгенологические методы:

- *Обзорная рентгенограмма брюшной полости (жидкость, газ)*
- *Пероральная холецистография (дефекты наполнения желчного пузыря)*
- *В/в холангиохолецистография («дефекты» просветления)*

- Компьютерная томография:  
*при подозрении на рак.*
- УЗИ: камни в виде плотных образований, за которыми следует звуковая тень.



Холецист-  
ография  
желчного  
пузыря

- *ОАК, ОАМ*
- *БАК: холестерин, амилаза, сахар*
- *Группа и резус-фактор крови*
- *Копрограмма*
- *Дуоденальное зондирование*
- *Электрокардиография*
- *Консультации специалистов*

# Осложнения:

- *Деструктивный холецистит*
- *Эмпиема желчного пузыря*
- *Перихолецистит*



# Классификация ЖКБ (2002)

## **I стадия — начальная, или предкаменная:**

- густая неоднородная желчь;
- формирование билиарного сладжа: с наличием микролитов; с наличием замазкообразной желчи; с сочетанием замазкообразной желчи с микролитами.

## **II стадия — формирование желчных камней:**

- по локализации: в ЖП; в общем желчном протоке; печеночных протоках;
- по количеству конкрементов: одиночные; множественные;
- по составу: **холестериновые (90%)**; пигментные; смешанные;
- по клиническому течению: латентное течение; с наличием клинических симптомов — болевая форма с типичными желчными коликами; диспепсическая форма; под маской других заболеваний.

## **III стадия — стадия хронического рецидивирующего калькулезного холецистита.**

## **IV стадия — стадия осложнений.**

# Клиническая картина

Неспецифические симптомы:

- тяжесть и боли в правом подреберье,
- тошнота,
- вздутие живота,
- горечь во рту,
- непереносимость жирной пищи.

**Желчная колика (билиарная, печеночная) – острый приступ боли, локализующийся в эпигастрии, иррадиирующий в правое плечо.**

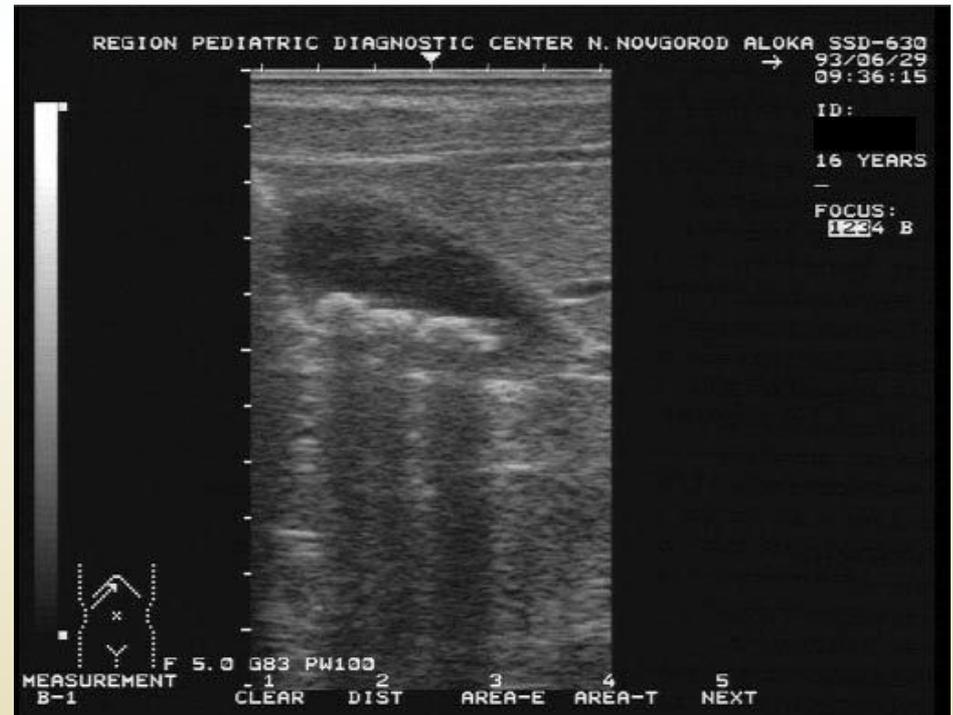
**Наиболее частая причина - преходящая обтурация конкрементом пузырного протока.**

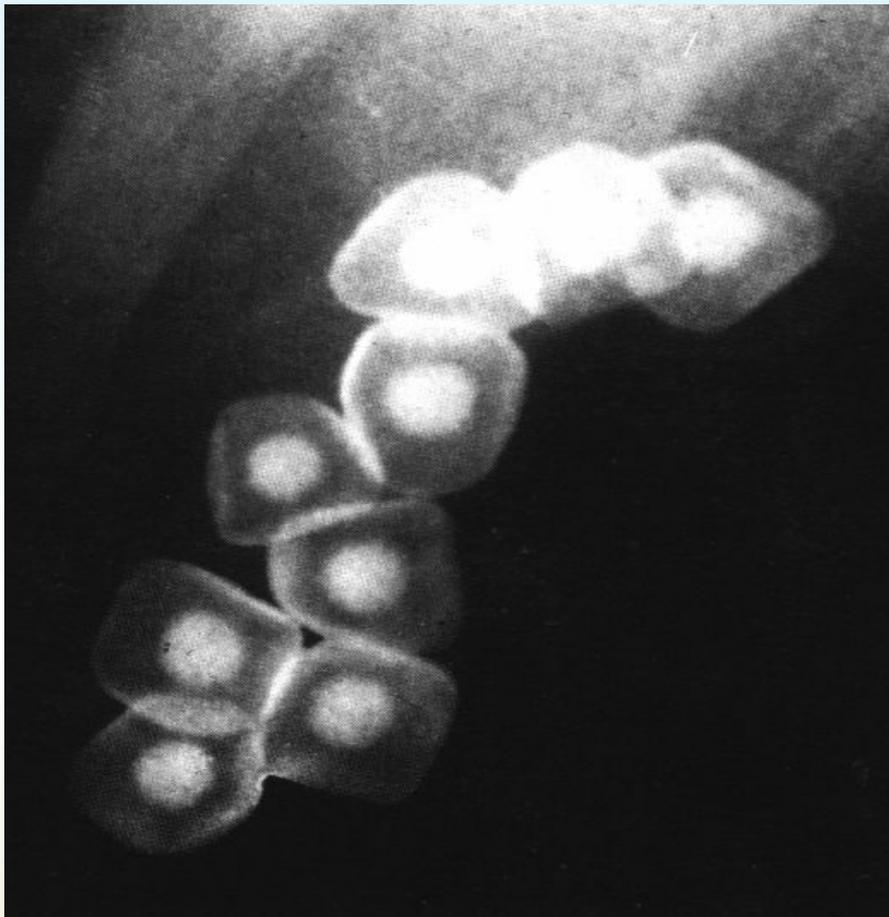
# Диагностика

- УЗИ-диагностика камней ж/п эффективна в 95 % случаев
- УЗИ-диагностика холедохолитиаза – 30 %
- ЭРХПГ и эндоскопическое УЗИ в диагностике холедохолитиаза - 90 %
  
- Рентгенография – визуализируются до 15 % камней
- МРТ эффективна в 95-97 % случаев при диагностике особенностей строения желчных протоков и пузыря, выявления камней и онкозаболеваний

# УЗИ-критерии конкрементов в желчном пузыре

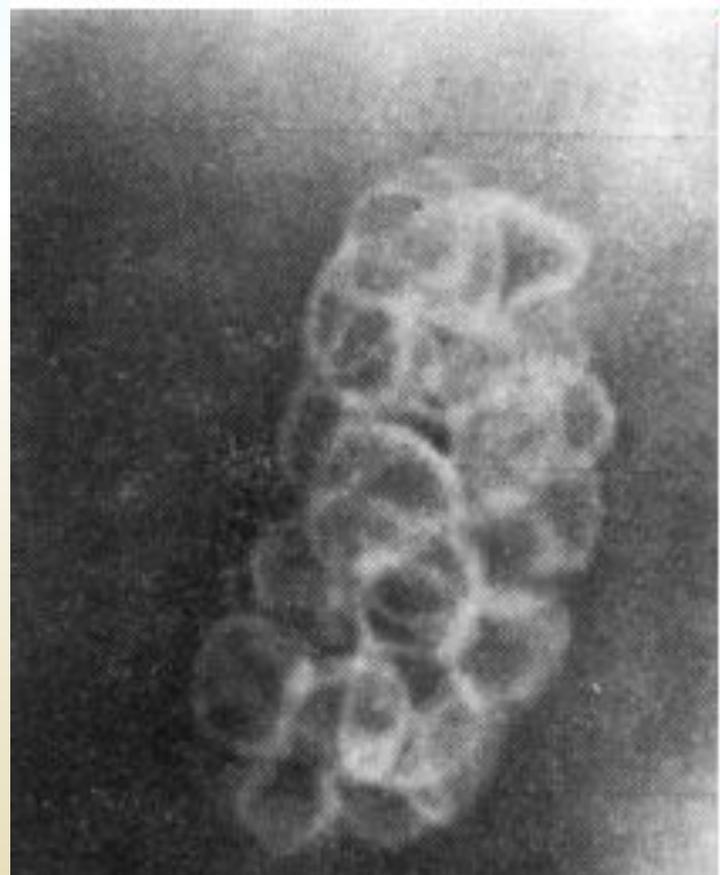
- наличие плотных эхоструктур,
- формирование ультразвуковой тени позади конкремента,
- изменчивость положения камня.





Рентгенпозитивные холестерино-пигментные камни с центральной кальцификацией. Размер до 1,5 см

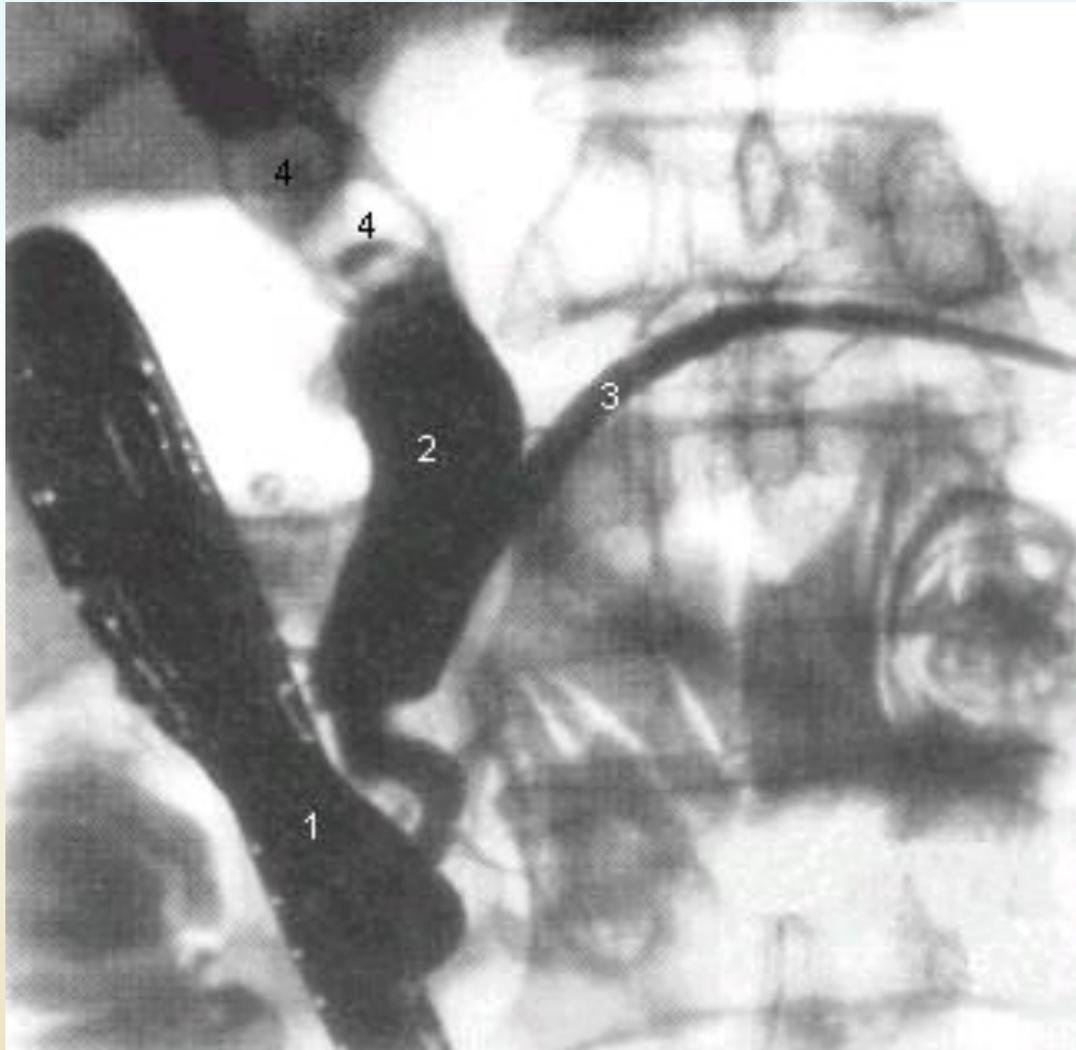
Прицельная рентгенограмма ЖП, заполненного множественными камнями, содержащими соли извести



# ЭРХПГ

## Показания:

- для диагностики холедохолитиаза и оценки состояния протоков ПЖ
- папиллосфинктеротомия и извлечение конкрементов в зоне БДС
- подозрение на рак поджелудочной железы в случае малой информативности КТ, УЗИ брюшной полости и др.



- 1 – Эндоскоп
- 2 – Холедох
- 3 – Проток панкреас
- 4 – Камни холедоха

# Профилактика рецидивов развития желчных колик при камненосительстве

- Нормализация массы тела
- Диета (исключить голодание)
- Питательный режим

# Показания к пероральной литолитической терапии УДХК

- билиарный сладж
- неосложненная ЖКБ
- растворение холестериновых желчных камней при невозможности их удаления хирургическим или эндоскопическим путем
- профилактика рецидивов камнеобразования после холецистэктомии

# Пероральная литолитическая терапия УДХК

Эффекты **УДХК (УРСОСАН, УРСОФАЛЬК и др.):**

- подавление синтеза ХС в печени;
- повышение растворимости ХС в желчи;
- угнетение абсорбции ХС в кишечнике,



уменьшение насыщенности желчи холестерином

# Пероральная литолитическая терапия на этапе билиарного сладжа

## УРСОСАН

- 10 мг/кг/сут однократно на ночь  
(период максимального функционального покоя  
желчного пузыря)\*.
- Длительность терапии от 1 мес

\* Ильченко А.А., 2011 г

# Пероральная литолитическая терапия **ЖКБ**

## **УРСОСАН**

- **10–15 мг/кг/сут – однократно на ночь**
- Длительность приема – от нескольких месяцев до нескольких лет (в среднем 6–12 месяцев) - до полного растворения камней
  - + еще 3 месяца для профилактики рецидивов камнеобразования

Терапия УДХК не является противопоказанием при лечении ЖКБ у беременных

- *УЗИ-контроль + ЩФ, АЛТ, АСТ, ГГТП 1 раз в 6 мес*

# Преимущества пероральной литолитической терапии:

- Неинвазивный метод
- Удобство для пациентов (вся суточная доза **УРСОСАНА** принимается однократно на ночь)
- Побочные эффекты редки даже при длительной терапии
- Метод выбора при наличии противопоказаний к холецистэктомии

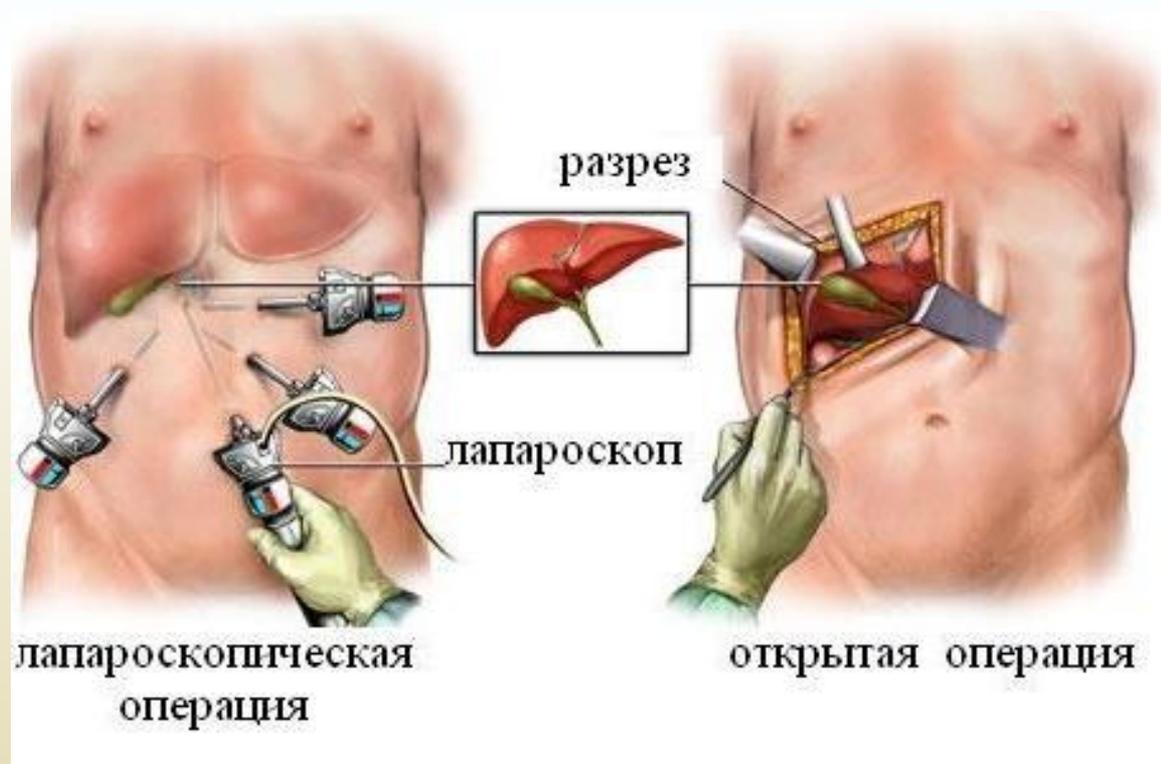
# ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ



# Хирургическое лечение

(впервые – С. Langenbuch, 1882)

- С 1988 года лапароскопические операции на желчном пузыре стали «золотым стандартом» в хирургии, открытые вмешательства выполняются при осложнении ЖКБ — перфорации пузыря и перитоните.



# МЕЖДУНАРОДНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОТБОРУ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕЛИТИАЗОМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Показания к хирургическому лечению определяются по сумме баллов: до 3 – показаний нет; от 3 до 5 – показания сомнительные (+/-); 5 и выше – имеются показания (++, +++).

Клиническая ситуация	При обследовании обнаружено	Показания к операции
Нет симптомов	1. Только холецистолитиаз	Нет (2 балла)
	2. Холецистолитиаз + ЖП	+/- (3 балла)
Есть симптомы	1. Только холецистолитиаз	+/- (3 балла)
	2. Холецистолитиаз + ЖП	++ (4 балла)
	3. Холецистолитиаз + ЖП + дилатация холедоха	+++ (5 баллов)
Печеночная колика: - впервые возникшая	1. Холецистолитиаз	+/- (4 балла)
	2. Холецистолитиаз + ЖП	++ (5 баллов)
- рецидивирующая	3. То же + дилатация холедоха	+++ (6 баллов)
	1. Холецистолитиаз	+/- (4 балла)
Острый холецистит	2. Холецистолитиаз + ЖП	++ (5 баллов)
	3. То же + дилатация холедоха	+++ (6 баллов)
Острый панкреатит	1. Холецистолитиаз	+/- (4 балла)
	2. Холецистолитиаз + ЖП	++ (5 баллов)
Рецидивирующий панкреатит	3. То же + общего желчного протока	+++ (6 баллов)
	1. Холецистолитиаз	++ (5 баллов)
Обтурационная желтуха	2. Холецистолитиаз + любые другие	+++ (6 баллов)
	1. Холецистолитиаз	++ (6 баллов)
Обтурационная желтуха	2. Холецистолитиаз + любые другие	+++ (7 баллов)
	1. Холецистолитиаз	++ (7 баллов)
Обтурационная желтуха	2. Холецистолитиаз + любые другие	+++ (8 баллов)
	Любые камни	+++ (8 баллов)

# ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ



# ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

это совокупность функциональных и/или органических изменений, связанных с патологией желчного пузыря или протоковой системы, возникших после холецистэктомии или усугубленных ею или развившихся самостоятельно в результате технических погрешностей ее выполнения.

## Причины ПХЭС:

- Диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе во время обследования больного и/или во время операции;
- Технические погрешности и тактические ошибки, допущенные при проведении операции (в том числе оставление длинной культи пузырного протока, более 5–6 мм)
- Функциональные нарушения, связанные с удалением желчного пузыря;
- Обострение или прогрессирование существовавших до операции заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны.