**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

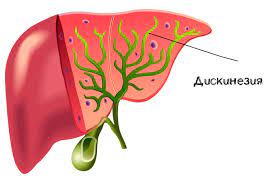
План-разработка практического занятия №1

на тему: **Дискинезия желчевыводящих путей и желчного пузыря. Холецистит. Холангит.**

по дисциплине: **«Внутренние болезни 3»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

****

Составитель: Айтиева Ж.Т.

**Тема практического занятия:**

«**Дискинезия желчевыводящих путей и желчного пузыря. Холецистит. Холангит»** (100мин) **Актуальность**  **проблемы.** ДЖВП, холециститу, холангиту принадлежит центральное место среди заболеваний билиарной системы, причем истоки его в большинстве случаев следует искать в детском и юношеском возрасте. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (ДРБТ) большей частью предшествуют хроническому холециститу (ХХ) и всегда сочетаются с ним. Поэтому хронический холецистит одна из стадий единого патологического процесса в билиарной системе, который проходит несколько этапов: от ДРБТ к хроническому холециститу, а затем к ЖКБ.

**План занятия:**

- алгоритм диагностического решения при подозрении на наличие данной патологии у конкретного больного

- алгоритм диагностического поиска при подозрении на данную патологию

- алгоритм комплексного лечения данной патологии

- алгоритм профилактическ профилактических мероприятий в отношении данной патологии в различных группах риска

- схема амбулаторной реабилитации после выписки из стационара

- схема обучения больного

**Задачи:**

1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

**Вид занятия:** практическое

**Цель практического занятия:**

- Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.

Учебные цели-

оказание экстренной врачебной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, определять тактику оказания дальнейшей медицинской помощи детям с ДВС-синдромом и гемолитико-уремическим синдромом.

- Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями; * определить уровень логического, клинического мышления; * развивать речь |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности |
| Практический   * решение учебных заданий проблемного характера * выполнение практических действий, заданий | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное * определить уровень клинического (профессионального) мышления; * проверить умение выполнения манипуляции, практического действия. |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины  - Нормальная анатомия человека  - Нормальная физиология  - Патанатомия | * анатомия (желчного пузыря) ЖП. * физиология желчевыводящих путей и ЖП. * изменения органов и тканей при данной патологии |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика внутренних болезней | * методы обследования больного с данной патлогией |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Общая хирургия | * бескаменный холецистит, желчнокаменная болезнь. |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. гепатиты
  2. гастриты

**Уровни усвоения: 2**,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен***

Знать:

- Определение

– Этиология

– Патогенез

– Классификация

– Критерии диагностики

– Клиника

– Диагностика

– Группы риска

- Лечение

– Показания к консультации специалистов

– Показания к хирургическому лечению

- Профилактика

- Прогноз

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

- заподозрить наличие данной патологии у конкретного больного на основании проведённого опроса и осмотра;

- составить план обследования для подтверждения диагноза;

- дать клиническую интерпретацию полученным лабораторным и инструментальным данным;

- сформировать сводку патологических данных;

- сформулировать развёрнутый клинический диагноз;

- составить план лечения для конкретного больного;

- осуществлять клинико-лабораторный контроль за эффективностью лечения;

- провести грамотные профилактические мероприятия с учётом группы риска.

- составить схему амбулаторного наблюдения и реабилитации после выписки из стационара конкретному больному;

- составить перечень советов для больного по рациональному образу жизни и осуществлению профилактических мер.

-***ИМЕТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ:***

-о технике хирургического вмешательства при гнойно-деструктивных изменениях желчного пузыря

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-12** - способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей; основные методики клинико-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для современной диагностики заболеваний и патологических процессов.  **ПК-13** – способен выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин, с учетом течения патологии по органам, системам организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (осовного, сопутствующего, осложнений) с учетом мкб-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний  **ПК-15**  - способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом | **РО-5**  -Умеет обрабатывать, анализировать и интерпретировать характер патологического процесса и его клинические проявления посредством использования современных методов исследования.  **РО-8**  - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуациях  при неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:**  **Знает и понимает**:  - проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-12);  **Умеет:**  **-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-12),  **Владеет**:  - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-12);  **РОд-2:**  **Знает и понимает**:  - назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).  **Умеет:**  - назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).  **Владеет**:  - методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт: умеет**  - правильно собрать анамнез заболевания и жизни у больного хроническим лейкозом;  - провести объективное исследование больного;  - оценить диагностическое значение лабораторных и инструментальных исследований;  - назначить индивидуализированное лечение. |

**Ход занятия**

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

**Основная:**  
1.Внутренние болезни. Учебник для студентов мед. вузов в 2-х томах. Под ред. А.И.Мартынова, Н.А Мухина, В.С. Моисеева. М,2001.

2.Внутренние болезни. Учебник для студентов мед. вузов. Под ред. С.И.Рябова, В.А.Алмазова, Е.В. Шляхто. М., 2001.

3 Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. - М., 1999.

4.Методическая разработка кафедры по теме занятия.

**Дополнительная:**

1. Битти А.Д. Диагностические тесты в гастроэнтерологии. М., 1999.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., 2000.
3. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т.4, -М., 2001.

4. Калинин А.В., Хазанов А.И. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение. – М. 2007.57. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. М, ГЭОТАР, 2007.

5.Руководство по первичной медико-санитарной помощи. М, ГЭОТАР, 2007

6.Федеральное руководство по использованию лекарственных препаратов.Выпуск IХ. М., 2009.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Тестовые задания:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Билет № 1.**  **По теме: Хронический холецистит.** **1. Возникновение боли при хроническом холецистите обусловлено употреблением всех нижеуказанных продуктов, КРОМЕ:**  **А)** Жирных блюд; **Б)** Яиц; **В)** Отварного мяса; **Г)** Газированных напитков; **Д)** Пива.   **2.** **Резкое усиление болезненности при пальпации желчного пузыря на вдохе - это симптом:**  **А)** Мерфи; **Б)** Кера; **В)** Ортнера; **Г)** Георгиевского – Мюсси; **Д)** Боткина.  **3**. **Для лечения хронического холецистита используется:**  **А)** Строфантин; **Б)** Эритромицин; **В)** Анаприллин; **Г)** Адреналин; **Д)** Гипотиазид.  **Билет № 2.**  **По теме: Хронический холецистит.** **1.** **Больные с хроническим холециститом могут предъявлять все указанные жалобы,** **КРОМЕ:**  **А)**Отрыжки горечью;**Б)**Кислого привкуса во рту; **В)**Вздутия кишечника; **Г)**Тошноты; **Д)**Рвоты.  **2**. **При хроническом холецистите приступообразная боль наблюдается при поражении желчного пузыря на уровне:**  **А)**Шейки; **Б)**Тела; **В)**Дна пузыря; **Г)**Перихолецистита; **Д)** Характер боли не зависит от уровня поражения.  **3.** **Для лечения хронического холецистита используется:**  **А)**Амоксиклав; **Б)**Изоланид;**Г)**Сальбутамол; **В)**Панангин**; Д)**Диклофенак.  **Билет № 3.**  **По теме: Хронический холецистит.** **1. Для хронического холецистита характерно наличие всех признаков**, **КРОМЕ:**  **А)**Отрыжки кислым; **Б)**Гипертермии; **В)**Тошноты; **Г)** Нарушения стула; **Д)**Рвоты.  **2.** **При хроническом холецистите приступообразная боль наблюдается при поражении желчного пузыря на уровне:**  **А)**Тела; **Б)**Протока; **В)** Дна; **Г)**Перихолецистита; **Д)**Все ответы верны.  **3.** **Для лечения хронического холецистита используется**:  **А)**Гепарин; **Б)** Курантил; **В)**Метронидазол; **Г)** Аминазин; **Д)**Дексаметазон.  **Билет № 4.**  **По теме: Хронический холецистит.** **1. При подозрении на хронический холецистит необходимо выполнить все исследования, КРОМЕ:**  **А)**Общего анализа крови; **Б)**Биопсии печени; **В)**Дуоденального зондирования**; Г)**Ультразвукового исследования желчного пузыря; **Д)**Билирубина крови**.**  **2. При хроническом холецистите постоянная боль наблюдается при поражении желчного пузыря на уровне:**  **А)**Шейки; **Б)**Протока; **В)**Тела пузыря; **Г)**Все ответы верны**; Д)**Все ответы неправильные**.**  **3. Для лечения хронического холецистита используется**:  **А)** Коргликон;**Б)**Фуросемид**;** **В)**Де-нол;**Г)**Платифиллин;**Д)** Верошпирон**.**  **Билет № 5.**  **По теме: Хронический холецистит.** **1. Для гипертонического типа дискинезии характерны все указанные признаки, КРОМЕ:**  **А)**Округлой формы желчного пузыря на холецистограмме; **Б)**Приступов желчной колики;  **В)**Обострений после нарушения диеты; **Г)**Преходящей желтухи; **Д)**Постоянных болей.  **2. При хроническом холецистите постоянная боль наблюдается при поражении желчного пузыря на уровне:**  **А)**Протока; **Б)**Шейки; **В)** Дна; **Г)**Все ответы правильные; **Д)** Все ответы неправильные.  **3.** **Для лечения хронического холецистита используе(ю)тся:**  **А)**Фенотерол; **Б)** Верапамил; **В)** Гипотиазид; **Г)** Нифедипин; **Д)** Мебеверин.  **Билет № 6.**  **По теме: Хронический холецистит.**  **1. Для гипотонического типа дискинезии характерны все указанные признаки, КРОМЕ:**  **А)**Схваткообразных болей; **Б)**Чувства распирания в правом подреберье;**В)**Замедленного опорожнения желчного пузыря при холецистографии; **Г)**Увеличенного желчного пузыря при холецистографии; **Д)**Увеличенного объёма порции В.  **2.** **Наличие билирубината кальция в пузырной порции дуоденального зондирования свидетельствует о наличии:**  **А)**Катарального холецистита; **Б)** Гнойного холецистита; **В)**Отключенного желчного пузыря;  **Г)**Склонности к камнеобразованию; **Д)**Перихолецистита**.**  **3. Для лечения хронического холецистита используется:**  **А)**Бромгексин; **Б)**Сальбутамол;**В)**Преднизолон;**Г)**Аспирин;**Д)**Аллахол.  **Билет № 7.**  **По теме: Хронический холецистит.**  **1. Отсутствие желчного пузыря на холецистограмме возможно во всех указанных случаях, КРОМЕ:**  **А)**Переполнение желчного пузыря камнями; **Б)**Камня в желчных протоках; **В)**Слизистой пробки в желчных протоках; **Г)** Ослабление концентрационной способности желчного пузыря; **Д)** Камня в желчном пузыре.  **2.** **Болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря - это симптом:**  **А)**Мерфи; **Б)**Кера; **В)**Ортнера; **Г)**Георгиевского - Мюсси; **Д)**Кончаловского.  **3.** **Для лечения хронического холецистита используется:**  **А)**Алмагель; **Б)**Вентер; **В)** Норадреналин; **Г)** Холензим; **Д)**Нитроглицерин.  **Билет № 8.**  **По теме: Хронический холецистит.**  **1. При подозрении на хронический холецистит выполняются все исследования, КРОМЕ:**  **А)**Фиброгастроскопии; **Б)**Дуоденального зондирования;**В)**Общего анализа крови;  **Г)** Холецистографии; **Д)**Билирубина крови.  **2. Болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа это симптом:**  **А)**Кера; **Б)** Мерфи; **В)**Ортнера; **Г)**Георгиевсого - Мюсси; **Д)**Боткина.  **3.** **Для лечения гипотонической дискинезии при хроническом холецистите используется:**  **А)** Диклофенак; **Б)**Строфантин; **В)** Лазикс; **Г)**Сорбит; **Д)**Беротек.  **Билет № 9.**  **По теме: Хронический холецистит.**  **1. Для хронического холецистита характерно наличие в желчи всех указанных признаков, КРОМЕ:**  **А)** Холпьев; **Б)**Слизи; **В)** Атипичных клеток; **Г)** Цилиндрического эпителия; **Д)**Клеточного детрита.  **2.** **О хроническом холецистите свидетельствуют изменения в**  **А)**"Порции А"; **Б)** "Порции В"; **В) "**Порции С"; **Г)** "Порции Д"; **Д)**А+С порциях дуоденального зондирования.  **3.** **Для лечения гипертонической дискинезии при хроническом холецистите используе(ю)тся:**  **А)**Цефоперазон; **Б)** Ампициллин; **В)** Но-шпа; **Г)**Сорбит; **Д)**Стрихнин.  **Билет № 10.**  **По теме: Хронический холецистит.** **1. К УЗИ - признакам хронического некалькулезного холецистита относятся все, КРОМЕ:**  **А)**Бугристости; **Б)** Уплотнения стенок; **В)**Утолщения стенок; **Г)**Деформация пузыря; **Д)**увеличения пузыря.  **2. Наличие кристаллов холестерина в пузырной порции дуоденального зондирования свидетельствует о наличии:**  **А)**Катарального холецистита; **Б)**Гнойного холецистита;**В)**Отключенного желчного пузыря;  **Г)**Склонности ккамнеобразованию; **Д)**Перихолецистита.  **3. Для лечения гипертонической дискинезии при хроническом холецистите используется:**  **А)**Ампициллин; **Б)**Бромгексин;**В)**Платифиллин;**Г)**Аспаркам;**Д)** Метронидозол.  **Правильные ответы по теме: «Хронический холецистит.Дисконезия желчевыводящих путей»**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | № **билета** | № **вопроса** | | | | **1** | **2** | **3** | | **1** | **В** | **А** | **Б** | | **2** | **Б** | **А** | **А** | | **3** | **А** | **Б** | **В** | | **4** | **Б** | **В** | **Г** | | **5** | **Д** | **В** | **Д** | | **6** | **А** | **Г** | **Д** | | **7** | **Д** | **Б** | **Г** | | **8** | **А** | **В** | **Г** | | **9** | **В** | **Б** | **В** | | **10** | **А** | **Г** | **В** | |

**Ситуационные задания**

ЗАДАЧА №1  
Для больного ХХ в фазе ремиссии характерны:  
  
**А.** Смена диареи запорами;  
  
**Б.** Боли в правой подреберной области;  
  
**В.** Плохая переносимость жирной пищи;  
  
**Г.** Изжога:  
  
**Д.** Ничего из перечисленного.  
  
ЗАДАЧА №2  
У больной 51 года отмечают длительные боли и чувство распирания в правой подреберной области. При объективном обследовании признаки желтухи не обнаружены, температура тела нормальная, усиление болей при пальпации правой подреберной области в точке жёлчного пузыря. Предполагаемый диагноз:  
  
**А.** Хронический холецистит в стадии обострения;  
  
**Б.** Гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря;  
  
**В.**Желчнокаменная болезнь в стадии обострения;  
  
**Г.** Гипокинетическая дискинезия желчного пузыря;  
  
**Д.** Ничего из перечисленного.  
  
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ЗАДАЧ:  
  
Задача №1 - Д  
  
Задача №2 – Г

**Содержание темы.**

|  |
| --- |
| Хронический бескаменный холецистит — это хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с функциональными нарушениями. КЛАССИФИКАЦИЯ   1. По степени тяжести: легкое течение (обострения 1-2 раза в год);   средней тяжести (обострения 3 раза в год и более);  тяжелое течение (обострения 1-2 раза в месяц и чаще).  2. По фазам процесса: обострение; стихающее обострение; ремиссия. 3. По функциональному состоянию желчного пузыря желчных путей:  - дискинезия желчных путей по гипертонически-гиперкинетическому типу;  - дискинезия желчных путей по гипотонически-гипокинетическому типу;  - без дискинезии желчных путей;  - «отключенный» желчный пузырь.   ЭТИОЛОГИЯ  Этиологические факторы, приводящие к развитию хронического холецистита, можно разделить на основные и дополнительные.  Среди основных факторов выделяют: инфекцию (кишечная палочка, кокки, другие микробные факторы), проникновение патогенной флоры в желчный пузырь из кишечника, а также гематогенным и лимфогенным путем из любого очага хронического воспаления (парадонтоз, хронический тонзиллит, пиелит, аппендицит, правосторонний аднексит и др.); заболевания гепатохоледоходуоденопанкреатической зоны (хронический панкреатит вследствие несостоятельности или повышенного тонуса сфинктера Одди).  Дополнительные факторы включают: функциональные нарушения нервно-мышечного аппарата желчного пузыря и желчевыводящих путей с явлениями гипо - и атонии, нервно-психические перенапряжения, гиподинамию, нерегулярный прием пищи и несбалансированное питание (однообразная редуцированная пища с малым холеретическим эффектом), панкреатобилиарный рефлюкс, наследственные факторы, паразитарные заболевания (лямблиоз, описторхоз, амебиаз, аскаридоз), эндокринные расстройства (ожирение, дисменореи, нерегулярная половая жизнь).  ПАТОГЕНЕЗ  Инфекция попадает в желчный пузырь тремя путями.    1. Восходящий — из кишечника, этому способствуют гипо - и ахлоргидрия, нарушения сфинктера Одди, дискинезия желчного пузыря по гипотонически-гипокинетическому типу, дуоденостаз. 2. Нисходящий (гематогенный) — из большого круга кровообращения по печеночной артерии или из кишечника по воротной вене. 3. Лимфогенный — при аппендиците, воспалительных заболеваниях женской половой сферы, пневмонии и нагноительных процессах в легких.   Особенно часто инфекционный процесс поражает область шейки пузыря, богатую лимфатическими коллекторами, тесно соприкасающимися с брюшиной.   Патологический процесс в желчевыделительной системе можно представить следующим образом. Сначала появляются дискинезия желчевыводящих путей, застойные явления, обменные нарушения. Щелочная реакция пузырной желчи сдвигается в кислую сторону (до рН 4-6,5), изменяется величина удельного веса желчи, количество сухого остатка, содержание воды в желчи.  При хроническом катаральном воспалении стенка желчного пузыря уплотнена, слизистая оболочка атрофична или гиперплазирована вследствие образования полиповидных изменений складок. Микроскопически отмечается атрофия слизистой, склероз ее стромы. Под эпителием определяются многочисленные макрофаги, содержащие холестерин и липиды. Мышечный слой стенки обычно гипертрофирован. Воспалительный процесс может приводить к склерозу. Слизистая оболочка атрофирована. Пузырь нередко деформируется, появляются спайки с соседними органами. Постепенно утрачивается функция желчного пузыря, и он превращается в очаг хронического воспаления.  Большая роль отводится панкреатобилиарному рефлюксу в результате холестаза, а также лимфогенному распространению инфекции. Инфицированная желчь, попадая в проток поджелудочной железы, приводит к развитию патологического процесса вплоть до геморрагического некроза железы.  У лиц среднего и особенно старшего возраста негативную роль играют расстройства кровообращения в стенке пузыря, развивающиеся на фоне выраженного атеросклеротического поражения артерий пузыря, реже — при системных заболеваниях сосудов (узелковый периартериит и др.).  Наиболее часто бескаменный холецистит характеризуется поражением шеечного отдела пузыря. Его проявление связано с затруднением оттока желчи, что хорошо выявляется при рентгеноконтрастных и радионуклидных исследованиях.  Нарушение симбиоза, изменение микрофлоры и повреждение слизистой оболочки желчного пузыря обусловливает появление антибактериальных антител, способных перекрестно реагировать с антигенами тканей желчного пузыря. Установлено, что антигенными свойствами обладают клетки эпителиальных протоков, некоторые компоненты слизистой оболочки желчного пузыря, белки желчи (А.С. Логинов и соавт., 1996).  При использовании различных методов определения содержания противожелчепузырных антител получены различные результаты. Антитела обнаруживаются у 25–82% больных хроническим холециститом. Выявлена прямая зависимость между тяжестью патологического процесса и уровнем титра противотканевых антител. Клиническое улучшение сопровождается снижением уровня антител, однако не достигает нормального уровня (М.П. Груздев 1986; А.П. Кушнир и соавт., 1990).   Обнаружена взаимосвязь между аутоиммунным поражением печени, желчного пузыря и миокарда. Этот патогенетический механизм, по-видимому, является причиной развития миокардиодистрофии, холецисто-кардиального синдрома у больных с заболеваниями гепатобилиарной системы (А.П. Кушнир и соавт., 1990).  У больных хроническим холециститом в стадии ремиссии лейкоцитарный индекс интоксикации может быть в норме или повышается не более, чем в 2 раза, при обострении — в 3 раза. Изменение содержания лимфоцитов сопровождается нарушением их функциональной активности — способности распознавать чужеродные антигены, продуцировать лимфокины, регулировать синтез иммуноглобулинов и интенсивность иммунных реакций.   Определенную роль в местных иммунных нарушениях играют биохимические изменения в желчи. Так, уменьшение содержания желчных кислот приводит к снижению бактерицидности желчи, а билирубин подавляет хемотаксис лейкоцитов, оказывает выраженное цитотоксическое действие на лимфоциты.  Следует отметить, что аутоиммунный компонент при хроническом холецистите сохраняется очень долго и, по-видимому, обусловливает хронизацию процесса и склонность к рецидивам. Определение иммунных показателей позволяет установить характер иммунных нарушений, в известной степени, судить об активности процесса, его динамике, прогнозе и эффективности лечения.  КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА  Основные клинические синдромы: болевой, диспепсический, вегетативной дисфункции, холецистокардиальный, невротически-неврозоподобный, аллергический.  Хронический некалькулезный холецистит может сопровождаться панкреатитом, хроническим неспецифическим реактивным гепатитом. Наличие лямблиозного дуоденита часто сопровождается хроническим холециститом с дискинезией по гипотоническому типу. Вышеперечисленные сопутствующие заболевания следует отражать в диагнозе хронического холецистита.   Больные хроническим холециститом жалуются на тупые боли в правом подреберье, возникающие через 40–90 минут после еды, особенно обильной и богатой жирами, а также после тряской езды и поднятия тяжестей. Нередко боли возникают или усиливаются при длительном пребывании в положении сидя или в наклоне. Часто боль сочетается с сухостью, горьким вкусом во рту, изжогой, тошнотой, отрыжкой воздухом и пищей. У 85% больных боль отличается монотонностью, лишь у 10–15% наблюдаются редкие, сравнительно малоинтенсивные приступы желчной колики. У многих больных наблюдается склонность к запорам, вследствие нарушения холереза и часто сопутствующей дискинезии толстой кишки по гипотонически-гиперкинетическому типу.   Приведенные характеристики отмечаются при типичной болевой форме, которая обнаруживается у большинства больных хроническим бескаменным холециститом, менее чем у трети больных наблюдаются атипичные формы.  Для кардиалгической формы характерны длительные тупые боли в предсердечной области, а также аритмии, чаще типа экстрасистолии, возникающие после обильной еды, нередко в положении лежа. На ЭКГ отмечается изменение конечного отдела желудочкового комплекса — уплощение, а иногда и инверсия зубца Т.  При эзофагалгической форме наблюдается упорная изжога, сочетающаяся с тупой болью за грудиной, после обильной еды иногда появляется ощущение „кола“ за грудиной. Боль отличается длительностью, изредка возникают легкие затруднения при прохождении пищи по пищеводу (легкая непостоянная дисфагия). Кишечные формы протекают со вздутием живота, малоинтенсивной, четко не локализованной болью по всему животу, склонностью к запорам. Характерным при хроническом холецистите является наличие у больных обложенного, фестончатого (с отпечатками зубов) языка, что является отражением застоя в желчном пузыре.  При всех клинических формах хронического бескаменного холецистита пальпацию области желчного пузыря желательно выполнять с соблюдением нескольких условий: пальпацию в положении больного лежа на спине на жесткой кушетке дополнять пальпацией в полуповороте на левый бок в момент глубокого вдоха и максимального выдоха; а также проводить ее в положениях больного стоя и сидя со спины больного.  При пальпации живота у больных хроническим холециститом определяются следующие симптомы. Симптом Кера — в области проекции желчного пузыря, расположенной у места пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с краем ложных ребер появляется болезненность при глубокой пальпации во время вдоха.  Симптом Грекова-Ортнера-Рашбы — болезненность при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге.  Симптом Мерфи — осторожное, мягкое введение руки в зону желчного пузыря и при глубоком вдохе пальпирующая рука вызывает резкую болезненность.  Симптом Мюсси — болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудинно-ключично — сосцевидной мышцы справа.  У большинства больных при пальпации край печени на 1–2 см выступает из-под реберной дуги.  ДИАГНОСТИКА  Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с сульфатом бария позволяет установить усиление моторики желудка и парциальный стаз в луковице двенадцатиперстной кишки (бульбостаз), а также косвенные показатели перихолецистита — изменение положения выходной части желудка, перетягивание вправо луковицы, деформацию нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, деформацию и подтягивание ко дну желчного пузыря печеночной кривизны.  При пероральной холецистографии тень пузыря может быть как нормальной интенсивности, так и слабой, даже отсутствовать. Более информативны результаты внутривенной холеграфии, При выраженных формах бескаменных холециститов тень желчного пузыря при холецистографии также может отсутствовать. Часто удается установить причину этого явления. Если при холеграфии изображение пузыря не появляется, то у больного непроходим пузырный проток.  Если тень пузыря возникает, то ослаблена концентрационная функция, что выражается в отсутствии слоистости и опускании контрастной желчи сразу на дно пузыря. Что касается моторики пузыря, то в период обострения болезни удлиняется период опорожнения, ослабляются темп и сила сокращения, возрастает объем остаточной желчи в пузыре. В периоды ремиссии двигательная функция приближается к нормальной, сохраняется волнообразность опорожнения пузыря при приеме пищи.   Стойкая деформация шеечного отдела пузыря и задержка его опорожнения свидетельствуют о шеечном холецистите. При длительном течении болезни (шеечная форма холецистита) изменяется конфигурация пузыря — он приобретает шарообразную форму. Размеры его заметно увеличиваются. Изображение желчного пузыря сравнивают с «большим фруктом на тонкой ножке».  При УЗИ-признаках хронического холецистита являются различного рода деформации желчного пузыря: перегибы и перетяжки (явления перихолецистита), фиксация к близлежащим органам, отсутствие подвижности вследствие перихолецистита; утолщение стенок и изменение шеечного отдела желчного пузыря, особенно заметные в период обострения, наличие «замазки» в пузыре. Наиболее информативна для диагностики хронического холецистита динамическая ультрасонография.  При клинико-биохимическом исследовании установлено увеличение содержания холестерина в крови, в пузырной и печеночной желчи в 2–3 раза, что при снижении суммарных желчных кислот приводит к значительному уменьшению холато-холестеринового коэффициента, нарушению коллоидной устойчивости желчи и способствует формированию холестеринового калькулеза — желчекаменной болезни ( Vallejo, 1987).   Предполагают, что временное повышение уровня холестерина в желчи со снижением в ней содержания желчных кислот связано с уменьшением синтеза желчных кислот из холестерина. Это может быть обусловлено снижением уровня микросомального фермента печени — холестерин-7а-гидроксилазы, а также нарушением всасывания желчных кислот в толстой кишке, что уменьшает их энтерогепатическую циркуляцию (Л.Н. Валенкевич, 1993).  У больных хроническим бескаменным холециститом увеличивается уровень билирубина в желчи в 2–3 раза (А.И. Костенко, 1990). У большинства больных в желчи отмечено наличие прямого, непрямого и эфирорастворимого билирубина.  ЛЕЧЕНИЕ  Для предупреждения рецидивов обострения хронического холецистита решающее значение имеет хорошо подобранная и сбалансированная диета, применя­емая практически на протяжении многих лет жизни больного. Она должна быть на­правлена на устранение спастических явлений в желчных путях, стимулирование жел­чеотделения и опорожнения кишечника (см. лечение желчнокаменной болезни).  Большое значение в лечении хронического холецистита имеет внутреннее при­менение лечебных минеральных вод. В первую очередь речь идет о таких минераль­ных водах, как Ессентуки 4 и 17, Смирновская, Славяновская, Горячий ключ, суль­фатный нарзан. Минеральные воды употребляются по 200 мл в теплом виде 3 раза в день за 1-1,5 часа до еды в течение 10-20 дней с 2 повторными курсами с интерва­лами между ними в 1 месяц.  Возможно применение минеральных вод, приготовленных в виде соли. Наилуч­шие результаты дают карловарская соль (искусственная или натуральная гейзерная) и соль Барбара. Карловарскую соль или соль Барбара применяют по 1 чай­ной ложке, растворенной в стакане теплой воды, за 1 час до еды 3 раза в день в тече­ние 10 дней. Если у больных имеются также запоры из-за атонии кишечника, то доза удваивается, соль растворяют в холодной воде, курс лечения — 20 дней. Повторные курсы лечения проводятся дважды с интервалом между ними в 1 месяц.  В ряде случаев применяемая диета не удовлетворяет полностью этим требованиям. В таком случае необходим периодический прием желчегонных средств. Известно, что желчегонные средства подразделяются на холеретики и холекинетики. Холеретики усиливают секрецию желчи и тем самым осуществляют внутреннее промывание жел­чных ходов. Холекинетики стимулируют желчевыделение и тем самым способствуют опорожнению желчного пузыря.  Среди холеретиков лучше всего использовать препараты растительного происхож­дения. Чаще всего применяют отдельно или в смеси в соотношении 1:1 траву зверобоя, фиалки трехцветной, укропа огородного, цветы бессмертника, ромашки, листья мяты перечной, кукурузные рыльца, плоды шиповника. Для приготовления настоя берется 1 столовая ложка измельченного сухого сырья, заливается 200 мл кипятка, отстаива­ется, фильтруется и применяется внутрь в теплом виде по 1 стакану перед едой в тече­ние 2-3 недель.   Существуют и другие наборы трав для приготовления желчегонного чая (например, желчегонные сборы № 1 и № 2). В качестве желчегонного средства можно использовать в таких же дозах и сухие плоды шиповника с добавлением вмес­то сахара небольшого количества (1 чайная ложка) порошка сорбита или ксилита. С успехом используется и препарат шиповника - холосас, который представляет со­бой сироп из сушеного экстракта плодов шиповника и сахара. Он готовится следую­щим образом: 2 столовые ложки холосаса (30 г) на стакан воды. Подобный напиток следует употреблять утром и вечером вместо чая.   Своеобразным синтетическим препаратом является никодин, обладающий кроме желчегонного ещё и бактериостатическим и бактерицидным действием. Это обусловлено тем, что никодин при расщеплении в организме выделяет формальдегид, который и осуществляет противомикробное действие. Никодин назначают по 0,5 г 3 раза в день перед едой в течение 1—2 недель. Истинным холеретиком является синтетический препарат оксафенамид, который назначают по 1-2 таблетке (0,25-0,5 г) 3 раза в день перед едой курсами по 10-20 дней. Выраженным холеретическим, холекинетическим и проти­вовоспалительным действием обладает другой синтетический препарат — циквалон, который назначается по таблетке (0,1 г) 3 раза в день перед едой в течение 3-4 не­дель с интервалами между курсами в 1—2 месяца. Желчегонным, спазмолитическим и противовоспалительным действием обладает олиметин, который назначают по 2 капсулы (1 капсула содержит 0,5 г препарата) 3 раза в день до еды в течение 10—20 дней. Подобным же эффектом, как и олиметин, обладает ровахол, который назначают внутрь по 3-5 капель на кусочке сахара за 30 мин до еды 4-5 раз в день. Противовоспалительное и спазмолитическое действие имеет датискан. Применяют его по 1 таблетке (0,05 г) 3 раза в день за 15 мин до еды в течение 10-20 дней.  Среди холекинетиков наибольшее значение имеют сорбит и ксилит, обладающие также некоторым холеретическим действием. Препараты применяются по 10-20 г в 50-100 мл теплой воды после еды 1-3 раза в день 3-4 дня каждый месяц. Сорбит и ксилит обладают также послабляющим действием, поэтому они могут применяться и в качестве слабительного. В этом случае при однократном приеме в сутки доза мо­жет быть увеличена до 30-40 г.  Среди холеспазмолитиков хороший эффект дает прием холагола, который при­нимается при неприятных ощущениях в области правого подреберья по 10 капель на кусочке сахара. В этих же случаях можно использовать спазмолитик пафилин (папа­верина - 0,02, или платифиллина - 0,005) по 1 таблетке 2 раза в день. Спазмолитиком, который к тому же оказывает бактериостатическое и послабляющее действие, явля­ется болгарский препарат розанол, содержащий в качестве активного начала розовое масло. Препарат назначается по 2 капсулы 3 раза в сутки за 30 мин до еды в течение 10 дней. После 2-недельного перерыва курс лечения повторяется.  У больных хроническим холециститом выраженным лечебным эффектом обла­дает холагогум. Он выпускается в капсулах, содержащих биологически активные ве­щества растительного происхождения. Холагогум обладает желчегонным, спазмо­литическим действием, способствует нормализации биохимического состава желчи. Препарат назначают по 1 капсуле 3 раза в сутки перед едой в течение 14 дней. Кур­сы лечения можно проводить 6-8 раз в год. В последнее время широко используется препарат одестон, который устраняет застой желчи, ликвидирует спазмы сфинкте­ра Одди и желчных протоков. Одестон назначают по 200-400 мг 2-3 раза в день за 30 мин до еды в течение 7—10 дней.  Значительна и роль инфекции в патогенезе хронического холецистита и желчно-каменной болезни. *Антибиотики*следует назначать при клинических и лабораторных признаках инфекции (повышение температуры тела, чувство озноба, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и др.) Выбор препарата зависит от вида возбудителя, выявленного при посеве желчи, его чувствительности к антибактериальному препарату, а также способности антибактериального препарата проникать в желчь и накапливаться в ней. По степени проникновения в желчь антибактериальные средства можно разделить на три группы.  1.Проникающие в желчь в очень высоких концентрациях: клоритромицин, олеандомицин, ампициллин, оксациллин, линкомицин, амоксициллин, фторхинолоны;  2.Проникающие в желчь в достаточно высоких концентрациях: бензилпенициллин, тетрациклин, метациклин, олететрин;  3.Слабо прникающие в желчь: стрептомицин, ристомицин, левомицетин.   При проведении лечения следует также учитывать, что при хроническом некалькулезным холецистите и дискинезиях желчевыводящих путей санаторно-курортное лечение более эффективно, чем при многих других гастроэнтерологических заболе­ваниях. Поэтому желательно направлять таких больных в санатории ежегодно в те­чение 2-3 лет и более. Особенно хорошие результаты при лечении на курортах дает сочетание внутреннего и наружного применения минеральных вод, грязелечения, дието- и климатерапии. Для подобных больных наиболее благоприятный эффект наступает при лечении в таких санаториях, как Ессентуки, Пятигорск, Кисловодск, Белокуриха, Марциальные воды. Больные должны направляться на санаторно-ку­рортное лечение в стадии ремиссии. Противопоказаниями для курортного лечения при заболеваниях желчного пузыря являются следующие состояния (А. М. Ногаллер, 1991): 1) желчнокаменная болезнь с относительно частыми приступами; 2) острый холецистит или нефункционирующий желчный пузырь, или холангит; 3) хроничес­кий холецистит (все формы) с частыми обострениями, сопровождающимися значи­тельным повышением температуры или желтухой, общим истощением, лейкоцито­зом крови, увеличением СОЭ более 30 мм/час; 4) водянка желчного пузыря; 5) эмпи­ема желчного пузыря; 6) Обтурационная желтуха; 7) дискинезия желчевыводящих путей на фоне тяжелого невроза истерического или психастенического характера, а также выраженных диэнцефальных расстройств; 8) холангит и холангиолит в тяже­лой форме; 9) состояния после холецистэктомии или других операций на желчных  путях, сопровождающееся повторными тяжелыми приступами желчной колики или периодически возникающей желтухой, когда можно предполагать наличие камней в желчных протоках, и другие анатомические препятствия.  Соблюдение рациональной диеты имеет решающее значение для предупреждения рецидивов хронического холецистита и по­явления клинической картины желчнокаменной болезни. Успех фармакотерапевти-ческих мероприятий во многом зависит от наличия или отсутствия желчных камней в пузыре и желчных протоках. Так, при наличии камней в желчном пузыре не назнача­ют препараты, обладающие холекинетическим действием, так как они могут вызвать миграцию камней дальше в выводные протоки с развитием механической желтухи. При наличии камней в желчных протоках желчегонные средства вообще противопо­казаны, так как их применение может спровоцировать обострение заболевания. ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ОПРЕДЕЛЕНЕ  Дискинезии желчевыводящих путей — расстройство тонуса и сократительной способности стенок жёлчных протоков, проявляющееся нарушением оттока жёлчи из общего жёлчного протока и жёлчного пузыря в двенад­цатиперстную кишку. Нередко болеют лица молодого возраста (20 - 40 лет), астенической конституции, пони­женного питания. КЛАССИФИКАЦИЯ  1. По этиологии: первичные; вторичные.   2. По характеру нарушения моторики: гипертонически - гиперкинетическая форма; гипотонически – гипокинетическая форма.    В печени непрерывно происходит образование жёлчи, которая поступает в жёлчный пузырь, откуда во время. В этот период жёлчный пузырь совершает энергичные ритмические и тони­ческие сокращения. Выходу жёлчи способствует сокращение стенок жёлчного пузыря и одновременное расслабление сфинктера Одди. В фазу расслабления пузыря сфинктер закрывается и выделение жёлчи прекращается.  Регуляция выделения жёлчи осуществляется вегетативной нервной систе­мой и гуморальными факторами - кишечными нейропептидами.  • Активация блуждающего нерва вызывает сокращение жёлчного пузыря и расслабление сфинктера Одди. Раздражение а-адренорецепторов стимули­рует моторную функцию внепечёночных жёлчных протоков, усиливает их спазм, раздражение ß-адренорецепторов (преобладающий тип) расслабля­ет жёлчные пути.  • Моторная функция жёлчного пузыря регулируется также различными нейропептидами. Холецистокинин (панкреозимин) вызывает сокраще­ние жёлчного пузыря (большие дозы тормозят его моторику), расслаб­ление сфинктера Одди и выход жёлчи в двенадцатиперстную кишку. Гастрин, секретин, глюкагон также оказывают стимулирующее действие, но оно менее выражено, чем у холецистокинина. Нейротензин, вазоинтестинальный полипептид, энкефалины, ангиотензин препятствуют сокра­щению жёлчного пузыря.  ЭТИОЛОГИЯ   В основе дискинезии лежит нарушение последовательности сокращения и расслабления жёлчных путей и системы сфинктеров. В зависимости от этио­логии выделяют первичные и вторичные дискинезии желчевыводящих путей. **Первичные дискинезии:**функциональные заболевания желчевыводящей си­стемы, вызванные расстройством нейрогуморальных регуляторных механиз­мов. Часто дискинезии возникают у лиц с выраженной конституциональной ваготонией или симпатикотонией; при диетических погрешностях (употреб­ление недоброкачественной, жирной пищи, нерегулярные её приёмы), ма­лоподвижном образе жизни, ожирении.  **Вторичные дискинезии**возникают при заболеваниях других органов, свя­занных с жёлчными путями рефлекторными и гуморальными путями.  - Дискинезия желчевыводящих путей нередко является следствием и од­ним из клинических проявлений общего невроза и различных диэнцефальных расстройств.  - К развитию дискинезии желчевыводящих путей могут приводить раз­личные эндокринные расстройства (особенно патология щитовидной железы, надпочечников и яичников).  - Дискинезия возникает также при заболеваниях желудка и двенадцати­перстной кишки (хронические гастриты, гастродуодениты, язвенная бо­лезнь), тонкой кишки (энтериты), печени и желчевыводящих путей (гепатиты, холециститы, холангиты). Нередко Дискинезия развивается при хронических воспалительных процессах брюшной полости и малого таза (хронический аппендицит, хронический сальпингоофорит и пр.).   ПАТОГЕНЕЗ  Патогенез заболевания вариабелен при различных формах дискинезии, но всегда сводится к нарушению нейрогуморальной регуляции моторики желче­выводящих путей.  Симпатикотония или ваготония, возникающая в результате неврозов, диэнцефальных расстройств или конституциональных особенностей функци­онирования вегетативной нервной системы, приводит к стойкой гипотонии или гипертонии желчевыводящих путей и развитию соответствующей формы дискинезии. Кроме того, дистония вегетативной нервной системы приводит к дисбалансу в выработке холецистокинина и ингибитора его выделения антихолецистокинина, что усугубляет нарушения моторики.  • Заболевания щитовидной железы, надпочечников и яичников, сопрово­ждающиеся гормональной недостаточностью, приводят к гипотонии жел­чевыводящих путей.  • Развитие дискинезии при заболеваниях органов ЖКТ может быть обу­словлено несколькими механизмами.  — Заболевания двенадцатиперстной кишки, желудка и тонкой кишки при­водят к нарушению секреции холецистокинина, гастрина, секретина и других кишечных нейропептидов, прямо или косвенно воздействую­щих на моторику желчевыводящих путей.  — При хронических воспалительных процессах в органах брюшной поло­сти и малого таза развитие дискинезии связано с висцеро-висцеральными рефлексами с поражённых органов на желчевыводящие пути.  — При гепатитах, холангитах, холециститах развитие дискинезии связано с воспалительными изменениями в желчевыводящих путях, в резуль­тате чего изменяется их реактивность и чувствительность к нейрогуморальным воздействиям.  — Развитие дискинезии при воспалительных заболеваниях ЖКТ бакте­риальной или вирусной природы связано с воздействием токсинов на нервно-мышечный аппарат жёлчного пузыря и жёлчных протоков.  • Развитие дискинезии при диетических погрешностях и нарушениях рит­ма питания связано главным образом с нарушением нормального ритма секреции кишечных нейропептидов, регулирующих моторику желчевыво­дящих путей. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА  Клиническая картина обусловлена нарушениями двигательной функции жёлчного пузыря и тонуса сфинктеров и зависит от формы дискинезии.  ДИСКИНЕЗИЯ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКИ-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ  Дискинезия по гипертонически-гиперкинетическому типу характеризуется периодически возникающими приступообразными болями в правом подреберье и правой половине живота.  **Болевой синдром**является следствием внезапного повышения давления в жёлчном пузыре обычно после погрешностей в диете (употребление жирных, острых, холодных блюд), психоэмоционального напряжения. Боли возникают или усиливаются через 1 ч и более после еды. Многие больные отмечают боли в области сердца, сердцебиение. Боль может иррадиировать в правую лопатку, плечо. Иногда приступы болей сопровождаются тошнотой, рвотой, наруше­нием функции кишечника (запорами). Нередко у таких больных отмечают вазомоторный (гипотензия, серцебиение, боли в сердце) и нейровегетативный (повышенная раздражительность, нарушение сна, потливость, головные боли) синдромы. Возможны функциональные изменения других органов пищеваре­ния (пилороспазм, гипокинезия желудка, дуоденостаз, гипо- и гиперкинезия толстой кишки). При объективном обследовании иногда отмечается болез­ненность в проекции жёлчного пузыря  В межприступный период иногда сохраняется чувство тяжести в пра­вом подреберье. При пальпации живота вне периода обострения отмечается незначительная болезненность в области жёлчного пузыря и в подложечной области. ДИСКИНЕЗИЯ ПО ГИПОТОНИЧЕСКИ-ГИПОКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ  Дискинезия по гипотонически-гипокинетическому типу характеризуется постоянной тупой ноющей болью в правом подреберье без чёткой иррадиа­ции. Сильные эмоции и приём пищи усиливают болевые ощущения и чув­ство распирания в правом подреберье. Больные часто жалуются на снижение аппетита, отрыжку воздухом, тошноту, горечь во рту, вздутие живота, запор (реже понос). При пальпации обнаруживают умеренную болезненность в области жёлчного пузыря. ДИГНОСТИКА  Основной метод диагностики нарушений моторики желчевыводящей си­стемы — УЗИ. Оно позволяет выявить нарушения гомогенности жёлчи, «отключённый» жёлчный пузырь (для дифференциальной диагностики с желчнокаменной болезнью), в 80% случаев даёт информацию об анатомо-топографическом состоянии жёлчного пузыря и в 45% — о состоянии круп­ных жёлчных протоков. УЗИ желчевыводящих путей проводят не ранее 12ч после еды.   • При гипокинетической дискинезии жёлчный пузырь может иметь как нормальные, так и несколько увеличенные размеры. При отсутствии хо­лецистита его стенки не изменены. Опорожнение замедленное (больше 30 мин) и недостаточное (менее чем на 40% ).  • При гиперкинетической дискинезии жёлчный пузырь округлой формы (а не грушевидной, как в норме), его тонус повышен. Опорожнение ускоренное (быстрее 30 мин).  Из рентгенологических методов используют холецистографию и холан-гиографию. С их помощью также можно оценить моторику желчевыводящих путей.  Холецистография основана на пероральном введении йодсодержащего кон­трастного вещества (холевид, йопагност, билитраст), который проникает в жёлчь. Жёлчный пузырь исследуют до и после желчегонного завтрака.  Холангиография.Для проведения холангиографии внутривенно вводят кон­трастное вещество (билигност), контрольные снимки делают через 15, 30 и 45 мин. Метод позволяет определить расширение вне- и внутри-печёночных жёлчных протоков, нарушение сократительной функции жёлчного пузыря. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ  Важный метод диагностики нарушений моторной функции желчевыводящей системы — **фракционное дуоденальное зондирование.**Многомоментное дуоденальное зондирование позволяет разграничить нарушения тонуса и сократительно-эвакуаторной функции желчного пузыря; определить состояние сфинктерного аппарата внепечёночных жёлчныхых путей. Дуоденальное зондирование не должно вызывать болезненных ощущений. Появление болей на различных этапах зондирования указывает на наличие препятствий в системе желчевыводящих путей. В зависимости от времени наступления соответствующего рефлекса, продолжительности выделения жёлчи и её объёма в ответ на раздражитель можно сделать вывод о степени выраженности патологических изменений.  При гипокинетической форме дискинезии после введения стимулятора отмечают уменьшение или исчезновение болей в правом подреберье. Пузырный рефлекс ослаблен: жёлчь выделяется медленно, с больши­ми промежутками (нередко после повторного введения раздражителя). Количество пузырной (порция В) жёлчи увеличено (может достигать 100-150 мл при норме 30 - 70 мл), в порциях А и С изменений нет.  При гиперкинетической форме дискинезии после введения раздражителя возможно появление или усиление болей в правом подреберье. Количе­ство жёлчи в порциях В и С (из печёночных протоков) уменьшено, в порции А изменений нет. Время желчеотделения сокращено.  ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА  Дискинезии желчевыводящих путей необходимо дифференцировать с холециститом, дуоденитом, панкреатитом (гипотоническую форму дискинезии), язвенной болезнью (гипертоническую форму дискинезии), аднекситом. Гиперкинетическую форму дискинезии жёлчного пузыря необходимо также дифференцировать с приступом стенокардии, инфарктом миокарда (абдоминальная форма), кишечной непроходимостью, печёночной коликой.  **-***Инфаркт миокарда.*В дифференциальной диагностике с инфарктом мио­карда решающее значение имеет ЭКГ.  **-***Стенокардия.*В дифференциальной диагностике с приступом стенокардии помогают анамнез, связь болей с погрешностями в питании, динамика клинических симптомов. Лабораторные, ультразвуковые и рентгенологи­ческие данные также позволяют разграничить эти заболевания.  **-***Хронический холецистит:*боль чаще всего постоянная, может продолжаться неделями, сопровождаться ознобом, тошнотой, рвотой. В дифференци­альной диагностике существенную помощь оказывают УЗИ и холецистография (утолщение стенок, ослабление тени жёлчного пузыря).  *- Дуоденит.* При дуодените боли локализованы нечётко. При дуоденаль­ном зондировании максимальные изменения обнаруживаются в порции А: жёлчь становится вязкой, мутной из-за увеличения количества слизи. Рентгенологически выявляют признаки нарушения моторной функции двенадцатиперстной кишки: ускоренное продвижение контрастной мас­сы, чередование спастически сокращённых участков с гипотоничными.  *- Хронический панкреатит.*Диагностика хронического панкреатита базиру­ется на клинической картине (боли, диспепсический синдром), опреде­лении показателей внешнесекреторной функции поджелудочной железы (амилаза, липаза, трипсин и др.) в крови, моче, копрологических иссле­дованиях (полифекалия, стеаторея, креаторея), данных УЗИ и КТ.  ЛЕЧЕНИЕ  Лечение амбулаторное. Госпитализация показана только при выраженной сопутствующей патологии.  При снижении массы тела диета должна быть повышенной энергетической ценности (более 3000 ккал/сут), при избыточной массе — до 2000 ккал/сут. Питание дробное, 4 -5 раз в день. Не рекомендуют острые, солёные, копчёные и жареные блюда.  • При гипертонической дискинезии ограничивают употребление продуктов, вызывающих сокращение жёлчного пузыря: жирные, мясные продукты, ра­стительное масло, изделия из жирного теста, пиво, газированные напитки.  • При гипотонической дискинезии рекомендуют пищу, стимулирующую со­кращение жёлчного пузыря, фрукты, овощи (морковь, капуста, помидо­ры), растительные и животные жиры (сметана, сливки), пищу, богатую солями магния, грубой растительной клетчаткой (отруби, гречиха, яблоки, отвар шиповника).  Лекарственная терапия зависит от формы дискинезии.  *Гипертоническая дискинезия*  **Спазмолитики**устраняют спазм желчевыводящих путей, облегчают отток жёлчи и тем самым ликвидируют болевой синдром. В случае редких болевых приступов препараты применяют эпизодически. Если же болевой синдром дли­тельный, рекомендуют приём препаратов в течение 2—4 нед. Для длительного лечения предпочтительнее миотропные спазмолитики, так как они оказывают более избирательное действие.  • Холиноблокаторы: пирензепин (25 мг 2 раза в сутки перорально или 10 мг 2 раза в сутки внутримышечно), платифиллин\_(1 мл 0,2% раствора 2 раза в сутки внутримышечно или подкожно), метацин (0,004—0,006 г перорально  2 -3 раза в день), хлорозил (0,002-0,004 г перорально 2-3 раза в день), атропин (0,1% раствор 1 мл 2 раза в сутки внутримышечно или подкожно).  Миотропные спазмолитики: но-шпа (2 мл раствора внутримышечно или подкожно, или 0,04 г перорально 2 - 3 раза в сутки), бенциклан (2 мл 2,5% раствора внутримышечно или подкожно или 0,1-0,2 г перорально 2-3 раза в день).  **Холеретики**увеличивают желчеобразование и усиливают движение жёлчи протокам. Используются холеретики, одновременно понижающие тонус желчного пузыря, урежающие ритм его сокращений. В эту группу входят следующие препараты.  - Препараты, содержащие жёлчные кислоты: аллохол (по 1 таблетке 3 раза в день после еды), холензим (по 1 таблетке 3 раза в день до еды), лиобил (0,2 г 3 раза в день до еды), холагон (0,2 г 3 раза в день до еды).  - Синтетические препараты: никодин (по 0,5 г 3 раза в день до еды), поми­мо желчегонного, обладает противомикробным и противовоспалительным свойствами, оксафенамид (0,25 г 3 раза в день).  - Препараты растительного происхождения. Отвар цветков бессмертника (6 - 12 г на 200 мл воды) принимают по 1/2 стакана в тёплом виде 2 - 3 раза в день за 15 мин до еды. Фламин (сухой концентрат бессмертника) принимают по 0,05 г 3 раза в день за 30 мин до еды. Отвар кукурузных рыльцев (10 г на 200 мл воды) принимают по 1/4 стакана 3 - 4 раза в день за 15 мин до еды или в виде спиртового экстракта по 30 - 40 капель 3 раза в день. Настой мяты перечной (5 г на 200 мл воды) принимают по 1/2—1/3 стакана 2-3 раза в день за 15 мин до еды. Отвар плодов шиповника (10 г на 200 мл воды) принимают по 1/3 стакана 2 - 3 раза в день перед едой. Настой и отвар зверобоя (5 г на 200 мл воды) принимают по 1/3 стакана 2 - 3 раза в день за 15 мин до еды.  *Гипотоническая дискинезия*  Применяют средства, увеличивающие тонус и сократительную активность жёлчного пузыря и расслабляющие сфинктеры Люткенса и Одди.  - Препараты, стимулирующие тонус и сократимость жёлчного пузыря: сульпирид по 0,05 г 2 - 3 раза в день за 30 мин до еды или по 2 мл 5% раствора в/м, настойка лимонника по 20—25 капель 2—3 раза в день за 30 мин до еды, настойка стрихнина (чилибухи) по 5-10 капель 2— 3 раза в день за 30 мин до еды, пантокрин по 30 капель 2—3 раза в день за 30 мин до еды, блокаторы центральных (метаклопромид) и пе­риферических (домперидон) дофаминовых рецепторов (по 10 мг 3 раза в день за 30 мин до еды).  - Холекинетики — желчегонные, вызывающие сокращение жёлчного пузы­ря и расслабление сфинктеров *Люткенса*и *Одди:*ксилит или сорбит (10% раствор по 50—100 мл 2—3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1—3 мес), магния сульфат (20—25% раствор по 1 столовой ложке натощак в течение 10 дней), масло подсолнечное, оливковое, облепиховое (по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой). При гипертонической форме дискинезии рекомендуют минеральные воды низкой минерализации — нарзан, нафтуся, смирновская, ессентуки №4, 20.  Их принимают при температуре 40 - 45° С по 1/2 стакана 3-4 раза в день. При гипотонической форме дискинезии показаны минеральные воды высокой ми­нерализации (арзни, ессентуки № 17, моршинская). Их принимают в холодном виде по 1/2 стакана 3 - 4 раза в день.  При гипертонической дискинезии тюбажи не показаны. При гипотониче­ской дискинезии назначаются тюбажи с ксилитом, сорбитом, магния сульфа­том, карловарской солью (25 г на 200 мл воды) 1 раз в неделю.  При гипертонической форме дискинезии используют индуктотермию, СВЧ-терапию, ультразвук высокой интенсивности, электрофорез спазмоли­тиков, аппликации парафина, озокерита (по 10 сеансов на курс лечения). При гипотонической форме дискинезии используют ультразвук низкой ин­тенсивности, синусоидально-модулированные токи, электрофорез с кальция хлоридом или прозерином, импульсный ток низкой частоты.  ПРОГНОЗ  У больных с первичной дискинезией желчевыводящих путей прогноз благо­приятный при своевременном лечении расстройств психоэмоциональной сфе­ры, вегетативной нервной системы и нарушений моторики жёлчного пузыря. При вторичной дискинезии возможность её устранения зависит от лечения основного заболевания.  СПИСОК ПРЕПАРАТОВ: ампициллин, эритромицин, оксациллин, пенициллин, тетрациклин, метронидозол, аллохол, холензим, но-шпа |