ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Определение. Воспалительное заболевание желчного пузыря (ЖП) инфекционной природы.

Этиопатогенетические факторы

1. Инфекционные агенты: эшерихия, стрептококк, стафилококк, реже протей, синегнойная палочка, энтерококк, шигеллы, брюшнотифозные палочки, тифо-паратифотифозные палочки, дрожжевые клетки и грибы, гепатотропные вирусы A, B, C, D, E, F, лямблии.
2.Заболевания органов пищеварения (ЖКБ, функциональные билиарные расстройства, дуодено-билиарный рефлюкс, панкреатит, язвенная болезнь, хронический гепатит).
3.Обменные нарушения (ожирение, голодание, сахарный диабет, ДЛП, подагра)
4.Врожденные аномалии желчного пузыря
*5.Алиментарные факторы (*нерегулярное питание, избыток жирной, острой, копченой пищи)

Классификация

1.По клиническим формам:

-Хронический некалькулезный холецистит
-Хронический калькулезный холецистит
2. По фазе: обострение, ремиссия
3. По тяжести: легкое течение (характеризуется 1-2 обострениями в течение 1 года); средней тяжести (3-4 обострения в год); тяжелое течение (обострения заболевания наблюдаются 5 и более раз в году).
4.По характеру воспаления: катаральный, гнойный

5.Осложнения:
-эмпиема ЖП
-реактивный панкреатит
-реактивный гепатит
-перихолецистит
-холестаз
-холангит
-отключенный (сморщенный) ЖП, «фарфоровый» ЖП
-рак ЖП (высокий риск при камнях более 3 см и фарфоровом ЖП)

Клинические синдромы

*1.Болевой (*синдром правого подреберья, желчная колика)
*2.Диспептический (*билиарная, кишечная диспепсия)
3.Астено-вегетативный
4.Холецисто-кардиальный (кардиалгии, желудочковая экстрасистолия)
*5.Воспалительно-интоксикационный (*лихорадка, потливость, слабость)
6.Холестатический

Объективные признаки

-может быть желтушность склер и кожных покровов,
-болезненность в точках пузыря и области печени,
-напряжение мышц в области правого подреберья, эпигастральной области
-положительные симптомы Кера, Мерфи, Лепене, Грекова-Ортнера, Мюсси-Гергиевского, Курвуазье.

Методы лабораторной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови
2.Биохимический анализ крови (общий белок и фракции, фибриноген, СРБ, билирубин, щелочная фосфатаза, гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП), АЛТ, АСТ, сахар, холестерин, амилаза).
3.Копрограмма, кал на яйца глистов
4.Общий анализ мочи (уробилин и желчные пигменты)

Методы инструментальной диагностики

О с н о в н ы е:

1.УЗИ (утолщение стенки ЖП более 3 мм, «двойной контур» стенки – при остром процессе)
2.Обзорная рентгенография брюшной полости
3.ФГДС

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Холецистография (пероральная и в/в)
2.Динамическая сцинтиграфия желчных протоков
3.ЭРХПГ
4.Компьютерная томография и магнитно-резонансная холангиопанкреатография
5.Фракционное дуоденальное зондирование с изучением физических свойств желчи, ее микроскопическим, бактериологическим и биохимическим исследованием (порции А, В, С)

Примеры формулировки диагноза:

1.ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, среднетяжелое течение, обострение
2.Хронический некалькулезный холецистит, легкое течение, вне обострения.

Дифференциально-диагностический ряд

-язвенная болезнь
-хронический панкреатит
-функциональные билиарные расстройства
-заболевания печени
-рак желчного пузыря

При выраженном болевом синдроме: острый холангит, аппендицит, пиелонефрит, патология легких и плевры)

Принципы терапии

1.Купирование инфекционного воспалительного процесса (антибиотики, противовоспалительные препараты)
2.Восстановление функции ЖП и сфинктера Одди (спазмолитики)
3.Симптоматическая терапия

1) *Режим* (в период обострения больным хроническим холециститом рекомендуется постельный режим в течение 7-10 дней)

2) *Диетотерапия*; Пища должна быть механически и химически щадящей, не обладать холекинетическим эффектом. В фазе резкого обострения в первые 1-2 дня назначается только питьё теплой жидкости (некрепкий чай, соки из фруктов и ягод, разведенные водой, отвар шиповника) небольшими порциями до 3-6 стаканов в день. По мере улучшения состояния в ограниченном количестве назначается протертая пища: слизистые супы, каши (манная, овсяная, рисовая), кисели, муссы. В дальнейшем разрешаются нежирные сорта мяса, рыбы, молочные продукты, сладкие овощи и фрукты, сливочное масло и растительные жиры по 30 г в день. Пища принимается 4-6 раз в день малыми порциями. После ликвидации признаков обострения хронического холецистита назначается диета № 5.

3) *Лекарственная терапия в период обострения*

Антибактериальная терапия (антибиотики широкого спектра действия, выодящиеся с желчью)*:* бисептол в дозе 960 мг 2 раза в сутки или доксициклина гидрохлорид по 200 мг в сутки, ципрофлоксацин по 250-500 мг 4 раза в день, ампициллин 500 мг 4 раза в день, эритромицин по 200-400 мг 4 раза в день, фуразолидон по 100 мг 4 раза в день, метронидазол по 250 мг 4 раза в день. Антибактериальная терапия назначается на 10-14 дней.

При тяжелом воспалительном процессе – парентеральное применение антибиотиков (цефалоспорины 2-3 поколения, аминогликозиды, метронидазол).

При лямблиозе – макмирор, тинидазол, фуразолидон

Холеспазмолитики: холинолитики (атропин, платифилин), но-шпа, эуфилин, нитроглицерин. Для пролонгированной терапии назначаются селективные препараты – мебеверин (дюспаталин) по 200 мг за 20 минут до завтрака и до ужина на 2-4 недели.

Дезинтоксикационная терапия: внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы, изотонического раствора натрия хлорида, реамберина, а также пероральный прием отвара шиповника, щелочных минеральных вод.

Устранение дуоденальной гипертензии:

-Антациды (маалокс, фосфалюгель) – через 1ч после еды и на ночь 7 дней.
-Ферменты (креон, панцитрат) в течение 3-х недель во время еды
-Селективные спазмолитеие
-Прокинетики
-По показаниям – кишечные антисептики, пробиотики (при синдроме избыточного бактериального роста в тонкой кишк)

Рабочая схема терапии

Rp: Ciprofloxcini 500mg
D.S. По 1 таб. 2 раза в день 7 дней

Rp: Tab. Duspatalini 200 mg
D.S. По 1 таб 2 раза в день за 20 минут до завтрака и до ужина

Rp: Creoni 10000 ED
D.S. По 1 капсуле во время еды 3 раза в день

Профилактика

Первичная профилактика - исключение причин, приводящих к развитию хронического холецистита, своевременная санация желчевыводящих путей, устранение их дискинезии, раннее выявление конкрементов в желчном пузыре и своевременное адекватное лечение, включая оперативное.

Вторичная профилактика - снижение частоты рецидивов и предупреждение прогрессирования заболевания и развития осложнений. Активное выявление больных с клинически выраженными формами хронического холецистита, частыми обострениями и их адекватная немедикаментозная и лекарственная терапия.

Противорецидивное лечение курсами 2 раза в год.

-Рациональная желчегонная терапия

-Нормализация функционального состояния сфинктера Одди и мышц желчного пузыря (селективные спазмолитики 2-4 недели).

-Улучшение состояния кишечной микрофлоры с проведением по показаниям санации кишки (ципрофлоксацин, рифаксимин) с курсом пробиотической (линекс, бифиформ) и пребиотической терапии (дюфалак, хилак, ламинолакт). бифиформ 1 капс 2р/сут 2 нед + хилак 30кап 3р/сут 2нед (или дюфалак)

-Профилактика развития дуоденальной гипертензии (ферментные препараты, антациды.

-Коррекция физико-химических свойств желчи (урсодезоксихолевая кислота (урсосан, урсофальк). Схема ее применения описана в разделе ЖКБ (см. ниже).