



Хронический бескаменный холецистит

Кафедра гастроэнтерологии РНИМУ
им. Н.И. Пирогова
Агафонова Н.А.

Бескаменный холецистит

- Острый бескаменный холецистит <5%
(чаще болеют мужчины и дети)
- Хронический бескаменный холецистит
(чаще болеют женщины)

Острый бескаменный холецистит

- В зарубежной литературе под некалькулёзным (острым) холециститом принято понимать тяжёлое воспалительное заболевание желчного пузыря, возникающее в результате сепсиса, больших оперативных вмешательств, тяжёлых травм, серповидно-клеточной анемии, диабета, длительного голодания или парентерального питания, что приводит к застою желчи; различных васкулитов (СКВ, узелкового полиартериита). Иногда могут определяться инфекционные агенты, такие как сальмонелла или ЦМВ (у иммунокомпрометированных пациентов).

Причины острого бескаменного холецистита

- Травмы
- Распространенные ожоги
- Оперативные вмешательства на других органах
- Инфекционные заболевания
- Переедание
- Удлиненный и извитой пузырный проток
- Иммунодепрессивные состояния

Хронический бескаменный холецистит

- Хронический некалькулёзный (бескаменный) холецистит - представляет собой хроническое воспаление желчного пузыря, как правило, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями желчевыделительной системы, но не сопровождающееся образованием желчных конкрементов.
Женщины болеют чаще мужчин в 3-4 раза

Хронический бескаменный холецистит (эпидемиология)

- Частота развития хронического бескаменного холецистита составляет 6-7 случаев на 1000 населения
- Хронический бескаменный холецистит встречается значительно реже, чем диагностируется, особенно в амбулаторных условиях

Хронический холецистит

Воспалительное заболевание, вызывающее поражение стенки желчного пузыря, образование в нем камней и моторно-эвакуаторные нарушения билиарной системы

Международная классификация болезней (МКБ-10)

- К 81 Холецистит
- К 81.0. Острый холецистит
- К 81.1. Хронический холецистит
- К 81.8. Другие формы холецистита
- К 81.9. Холецистит, неуточненный

Основные факторы патогенеза хронического холецистита

Из
ме
не
ни
е
фи
зи
ко-
хи
ми
че
ск
их
св
ой
ст
в
же
ли

Ди
сф
ун
кц
ия
же
лч
но
го
пу
зы
ря
На
ру
ше
ни
е
им
му
нн



Этиология воспаления стенки желчного пузыря

- 1. Бактериальная флора
- условно-патогенная флора: кишечная палочка, стрептококк, стафилококк, клебсиела (чаще), протей, синегнойная палочка (реже).
- патогенная флора: шигелла, брюшнотифозная палочка (изредка)
- 2. Инвазия паразитов: описторхоз, аскаридоз, клонорхоз

Пути проникновения бактериальной флоры в желчный пузырь

- Гематогенный
- Лимфогенный (из очагов хронической инфекции: гайморит, тонзилитт, отит, пародонтоз, аднексит).
- Энтерогапатический (при снижении НСІ, дуоденостазе, недостаточности сфинктера Одди)

Хронический бескаменный холецистит

- **Хронический бескаменный холецистит** проявляется:
 - болевым синдромом
 - нарушениями пищеварительной функции
 - общими проявлениями воспалительной реакции организма.

Симптомы воспаления

- Лихорадка
- Болезненность при пальпации в правом подреберье (положительные желчно-пузырные симптомы)
- Лейкоцитоз

Физикальные симптомы при патологии билиарного тракта



Ирритативные симптомы

(связаны с раздражением желчного пузыря)

- **симптом Мерфи** – усиление боли при пальпации области желчного пузыря во время выдоха при втянутом животе
- **симптом Кера** – боль в правом подреберье в зоне желчного пузыря при глубокой пальпации
- **симптом Гаусмана** - появление боли при коротком ударе ребром ладони ниже реберной дуги на высоте вдоха
- **симптом Лепене – Василенко** - возникновение боли при нанесении отрывистых ударов кончиками пальцев на вдохе ниже правой реберной дуги
- **симптом Ортнера – Грекова** - появление боли при поколачивании правой реберной дуги ребром ладони

Сегментарные рефлекторные симптомы

- **Болевая точка Маккензи** расположена вместе пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой реберной дугой
- **Болевая точка Боаса**- локализуется на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X-XI грудных позвонков
- **С-м Алиева**- давление на точки Маккензи или Боаса вызывают боль, идущую по направлению к желчному пузырю.

Диагностика хронического бескаменного холецистита

- **УЗ-признаками** хронического холецистита являются различного рода деформации желчного пузыря: перегибы и перетяжки (явления перихолецистита), фиксация к близлежащим органам, отсутствие подвижности также вследствие перихолецистита; утолщение стенок (>3 мм) и изменение шейечного отдела желчного пузыря, особенно заметные в период обострения, наличие «замазки» в пузыре. Наиболее информативна для диагностики хронического холецистита динамическая ультрасонография

HIDA-сцинтиграфия

- Для хронического некалькулёзного холецистита характерна быстрая экскреция фармакопрепарата в желчные пути и появление HIDA в кишечнике, но с отсутствием изображения желчного пузыря.

Диагностика хронического бескаменного холецистита

- С достаточной точностью диагноз хронического некалькулёзного холецистита в фазе обострения устанавливается при наличии следующих симптомов: лейкоцитоз, лихорадка, болезненность при пальпации в правом подреберье.
- При отсутствии перечисленных симптомов к диагностическим критериям относят результаты дуоденального зондирования, УЗИ и HIDA-сцинтиграфию.
- В порции "В" при зондировании возможно наличие паразитов и бактериальный рост патогенной флоры, при УЗИ - наличие осадка (сладжа) в желчном пузыре и его деформация, при HIDA-сцинтиграфии - быстрая экскреция фармакопрепарата в желчные пути и появление HIDA в кишечнике, но с отсутствием изображения желчного пузыря.
- Результаты этих исследований могут быть ложноположительными у больных на фоне алкогольной патологии печени.

Цели лечения хронического бескаменного холецистита

- Купирование обострений.
- Предупреждение развития осложнений и лечение в случае их развития.

Задачи лечения

- Купирование болей (спазмолитики, анальгетики)
- Восстановление функции желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей (холеспазмолитики, прокинетики)
- Подавление инфекции и воспалительного процесса в желчном пузыре (антибиотики).
- Восстановление нарушенного пищеварения, обусловленного билиарной недостаточностью, в результате недостаточного по объему и времени поступления желчи в двенадцатиперстную кишку (препараты желчных кислот)

Лечение хронического бескаменного холецистита

- Фаза обострения (боли, лихорадка, лейкоцитоз)

1. Антибиотики
2. Спазмолитики
3. Дезинтоксикационные мероприятия

Продолжительность лечения 7-10 дней

- Фаза затухающего обострения

1. Желчегонные препараты
2. Препараты, нормализующие функцию желчного пузыря и сфинктера Одди

Спазмолитики

- Для купирования болей при хроническом некалькулёзном холецистите в клинической практике часто применяют спазмолитические средства (дротаверин)
Для купирования болей при хроническом некалькулёзном холецистите в клинической практике часто применяют спазмолитические средства (дротаверин 2% (Но-шпа)
Для купирования болей при хроническом некалькулёзном холецистите в клинической практике часто применяют спазмолитические средства (дротаверин 2% (Но-шпа) 2-4 мл внутримышечно или внутривенно или внутрь 1-2 таблетки, папаверин)
Для купирования болей при хроническом некалькулёзном холецистите

Антибиотики

- При выраженном обострении - цефазолин При выраженном обострении - цефазолин (Цефазолина натриевая соль При выраженном обострении - цефазолин (Цефазолина натриевая соль) или цефотаксим При выраженном обострении - цефазолин (Цефазолина натриевая соль) или цефотаксим (Клафоран При выраженном обострении - цефазолин (Цефазолина натриевая соль) или цефотаксим (Клафоран , Цефотаксим пор.д/ин. При выраженном обострении - цефазолин (Цефазолина натриевая соль) или цефотаксим (Клафоран , Цефотаксим пор.д/ин.), а также амоксициллин При выраженном обострении - цефазолин (Цефазолина натриевая соль) или цефотаксим (Клафоран , Цефотаксим пор.д/ин.), а также амоксициллин (Амоксиклав).
- При менее выраженном обострении достаточно приема антибиотиков внутрь - klaritromicin При менее выраженном обострении достаточно приема антибиотиков внутрь - кларитромицин (Фромилид При менее выраженном обострении достаточно приема антибиотиков внутрь - кларитромицин (Фромилид , Кларитромицин-Верте При менее выраженном обострении достаточно приема антибиотиков внутрь - кларитромицин (Фромилид ,

Принципы лечения хронического бескаменного холецистита в фазе обострения

- Антибактериальные препараты (ципрофлоксацин 500-1000 мг/сутки или гентамицин 3 мг/кг/сутки или доксициклин 100-200 мг/сутки или септрим 960 мг/сутки или кларитромицин 500 мг 2 раза в день) 7-14 дней
- Дюспаталин 200 мг x 2 раза в сутки 14 дней
- Дезинтоксикационная терапия (введение жидкостей, растворов электролитов)
- Урсодезоксихолевая кислота (Урсофальк -1 капсула x 3 раза в день).

Принципы лечения функционального расстройства желчного пузыря

- Препараты, нормализующие тонус сфинктеров билиарной системы, не менее 2 недель (дюспаталин 200 мг 2 раза в день 2 – 4 недели)
NB! У 80% пациентов снижение сократительной функции желчного пузыря обусловлено гипертонусом сфинктера Одди
- Желчегонные препараты, включая урсодеоксихолевую кислоту и холекинетики (2- 4 недели)

Классификация желчегонных препаратов

1. Холеретики:

- увеличивающие концентрацию желчных кислот в желчи (препараты, содержащие компоненты бычьей желчи – фестал, аллохол, холензим, лиобил и др.)

Противопоказания к назначению:

Гепатиты, циррозы печени, язвенная болезнь, эрозии слизистой оболочки ЖКТ, панкреатит, поносы

- увеличивающие концентрацию органических анионов (растительные стеролы, входящие в состав желчегонных трав)

Классификация желчегонных препаратов

2. Холекинетики:

- стимулирующие сократительную функцию желчного пузыря, уменьшающие давление в билиарной системе (сернокислая магнезия, многоатомные спирты, холасас.)

3. Холеспазмолитики:

- Понижает тонус сфинктера Одди (Дюспаталин, одестон и др.)

Терапия дисфункции желчного пузыря

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря

1. Спазмолитики (дюспаталин, одестон) или прокинетики (метоклопрамид, мотилиум, раствор сернокислой магнезии)
2. Желчегонные препараты, содержащие желчные кислоты (урсофальк, аллохол, фестал и др.), желчегонные, содержащие растительные стеролы (по особым показаниям)

Примерные схемы лечения

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря в сочетании с гипокинетическими запорами

1. Sol.magnesii sulfurici 5-10% по 1 столовой ложке 3-4 раза в день за 15-20 минут до еды или
2. Аллохол 2 др. 3 раза в день через 15-40 мин. после еды или
3. Урсофальк по 1 капсуле x 2-3 раза после еды.

Продолжительность лечения 2 -4 недели

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря

Примерные схемы лечения (продолжение)

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря в сочетании с гастро- и дуоденостазом

1. Мотилиум 5-10 мг 3 раза в день или тримедат по 200 мг x 3 раза в день
2. Урсофальк 250 мг (1 капс.) 2 раза в день за 30 мин. до еды

Продолжительность лечения 2 недели

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря в сочетании с нормальной или гипермоторной функцией кишечника

1. Метоклопрамид или мотилиум 5-10 мг 3 раза в день за 0,5 часа до еды или тримедат по 200 мг x 3 раза в день
2. Гепабене 1 капсула 3 раза в день за 30-60 мин. до еды

Продолжительность лечения 2 недели

Терапия дисфункции желчного пузыря

Гипермоторная дискинезия желчного пузыря

1. Спазмолитики (М-холиноблокаторы, блокаторы Na-каналов-мебеверин, ингибиторы фосфодиэстеразы - папаверин, альверин, но-шпа)
2. Желчегонные препараты, не содержащие желчных кислот - преимущественно растительные препараты - Гепабене

Примерная схема лечения

- 1) Дюспаталин 200 мг 2 раза в день за 30 минут до еды + Гепабене 1 капс. 3 раза в день за 30 минут до еды

Продолжительность лечения 2 недели