

Хронический холецистит - это хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с функциональными нарушениями (дискинезией и дисхолией).



Этиологические факторы

Основные:

- инфекция (кишечная палочка, кокки, иногда другие микробные факторы);
- проникновение патогенной флоры в желчный пузырь из кишечника, а также гематогенным и лимфогенным путем из любого очага хронического воспаления (пародонтоз, хронический тонзиллит, пиелит, аппендицит, правосторонний аднексит и др.);
- заболевания гепатохоледоходуоденопанкреатической зоны (хронический панкреатит вследствие несостоятельности или повышенного тонуса сфинктера Одди), кластридиевый кишечный дисбактериоз.

Дополнительные :

- функциональные нарушения нервно-мышечного аппарата желчного пузыря и желчевыводящих путей с явлениями гипотонии и атонии;
- нервно-психические перенапряжения;
- гиподинамия;
- 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).

Патогенез хронического холецистита



Классификация.

1. Острый холецистит

- Катаральный
- Флегмонозный
- Гангренозный

2. Хронический холецистит (калькулезный, некалькулезный)

3. Холангит

Симптомы хронического холецистита

- **Болевой синдром** (чаще тупые боли в правом подреберье, возникающие через 40-90 мин после еды, особенно обильной и богатой жирами, а также после тряской езды и поднятия тяжестей).
- У 85% больных боль отличается монотонностью, лишь у 10-15% наблюдаются редкие, сравнительно малоинтенсивные приступы желчной колики
- Сухость, горьким вкус во рту, изжога, тошнота, отрыжка воздухом и пищей
- Склонность к запорам вследствие нарушения холереза и часто сопутствующей дискинезии толстой кишки по гипотонически-гиперкинетическому типу.

Атипичные формы

■ Кардиалгическая:

- длительные тупые боли в предсердечной области
- аритмии, чаще типа экстрасистолии, возникающие после обильной еды, нередко в положении лежа.
- на ЭКГ - уплощение, а иногда и инверсия зубца Т.

■ Эзофагалгическая:

- упорная изжога, сочетающаяся с тупой болью за грудиной, после обильной еды;
- ощущение «кола» за грудиной;
- легкие затруднения при прохождении пищи по пищеводу (легкая непостоянная дисфагия).

■ Кишечная:

- вздутие живота,
- малоинтенсивная, четко не локализованной болью по всему животу,
- склонность к запорам.

Пальпаторно определяются симптомы:

- *Симптом Кера*
- *Симптом Грекова-Ортнера-Раишбы*
- *Симптом Мерфи*
- *Симптом Мюсси .*
- *Симптом Маккензи* - гиперестезия кожи живота, в правой подреберной области с максимально выраженной болезненностью в зоне проекции желчного пузыря.
- *Симптом Захарьина-Шоффара* - при проведении бимануальной пальпации возникает боль в зоне проекции головки поджелудочной железы и желчного пузыря (симптом характерен для холецистопанкреатита).
- *Симптом Ляховицкого* - боль возникает при незначительном давлении на правую половину мечевидного отростка или при отведении его кверху.
- *Симптом Харитонов* - боль при пальпации справа от остистого отростка IV грудного позвонка.
- *Симптом Йонаша* - боль при надавливании в месте прикрепления правой трапециевидной мышцы в затылочной области в зоне проекции затылочного нерва.
- У большинства больных при пальпации край печени на 1-2 см выступает из-под реберной дуги.

Диагностика хронического холецистита

- Клинический анализ крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ.
- Биохимическое исследование крови: диспротеинемия(увеличение уровня α_1 и β -глобулинов), увеличение уровня холестерина, повышение активности щелочной фосфотазы, β -глюкоронидазы, γ -глутаминтранспептидазы.

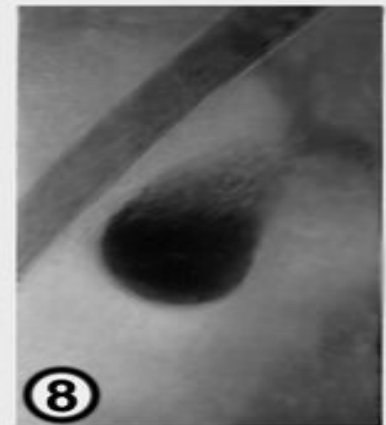
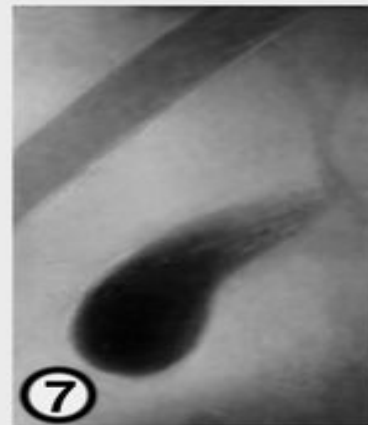
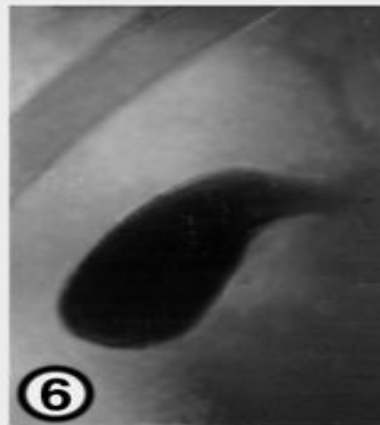
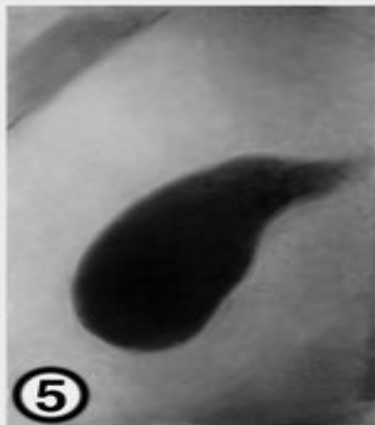
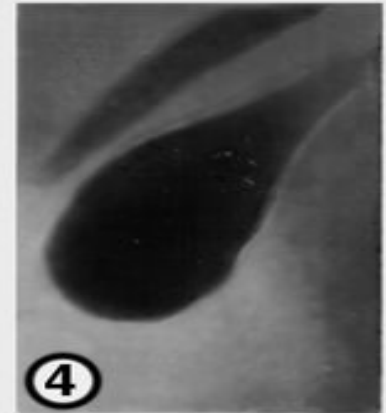
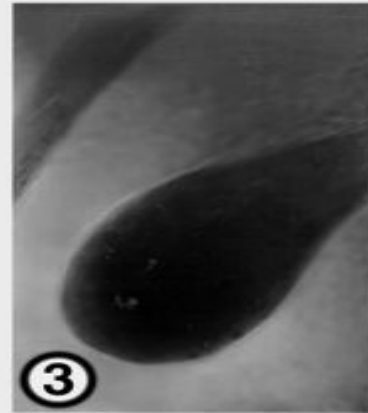
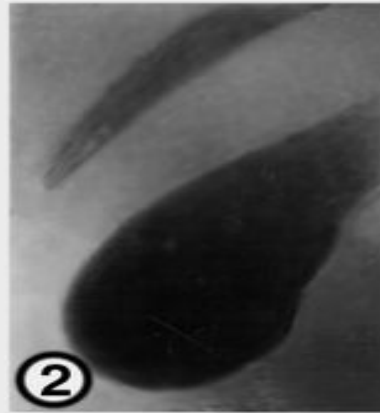
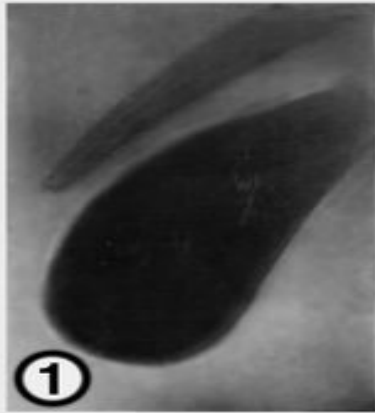
При дуоденальном зондировании в порции В обнаруживают:

- слизь,
- лейкоциты,
- клеточный эпителий желчевыводящих путей,
- микролиты (кристаллов холестерина, желчных кислот, билирубината кальция)
- микробы,
- лямблии

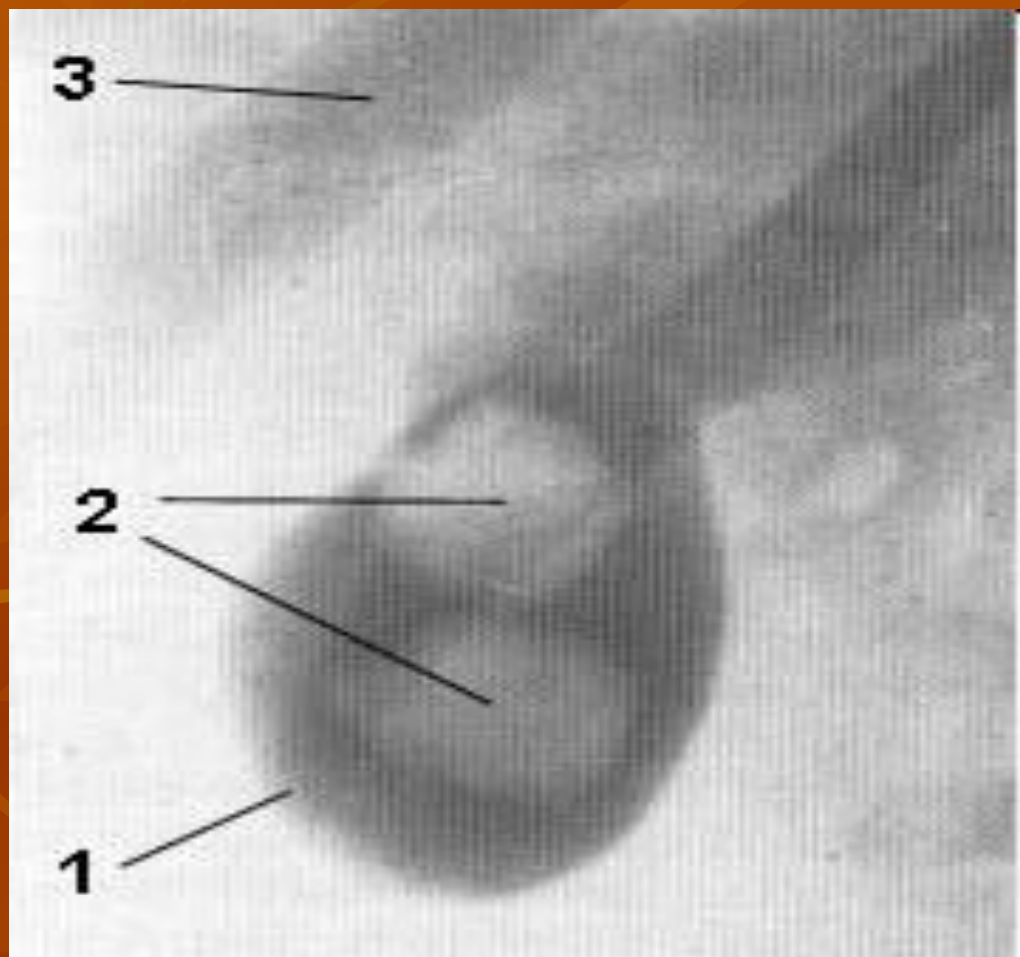
Биохимия желчи:

- Повышение концентрации белка
- Диспротеинхолия (увеличение концентрации иммуноглобулинов, СРБ)
- Повышение активности щелочной фосфатазы, малонового диальдегида,
- Снижение уровня лизоцима
- Снижение содержания желчных кислот
- Повышение уровня билирубина (больше прямого)

Холецистография



Холецистография. 2 конкремента в полости желчного пузыря

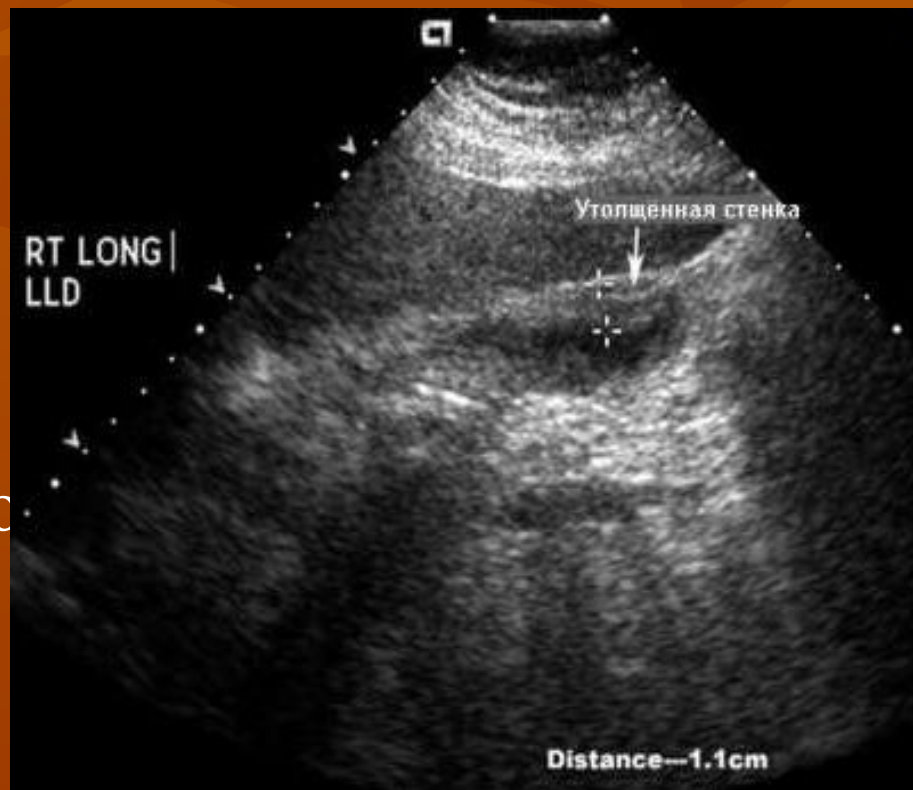


Множественные конкременты в полости контрастированного желчного пузыря



УЗ-признаками острого холецистита являются

- Жидкость в околопузырном пространстве.
- Утолщение стенки желчного пузыря (более 2,5 мм)
- Деформация желчного пузыря
- Уплотнение и слоистость стенок
- Негомогенное содержимое



УЗИ желчного пузыря при одиночном камне



КТ- желчного пузыря

- Острый холецистит.
Утолщение стенок
желчного пузыря до 4
мм и снижение их
денситометрических
показателей
вследствие
интрамурального
отека



КТ желчного пузыря

- Хронический калькулезный холецистит. Визуализируются изоденсивные холестериновые камни с выраженным периферическим гиперденсивным наложением кальция

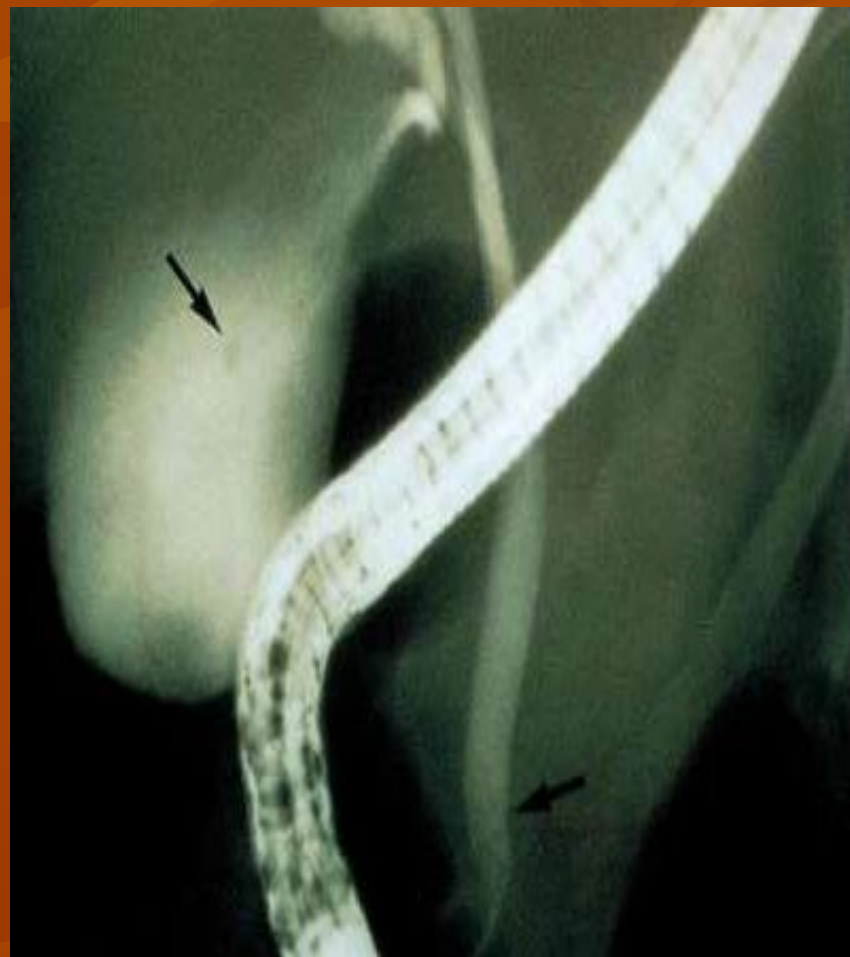


Холангиография



Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангеография

- Стрелками указаны конкременты в желчном пузыре и в общем желчном протоке.
- Проводится при подозрении на камни в общем желчном протоке
- Возможно извлечение камней при проведении процедуры.
- **Осложнение** - развитие панкреатита (3-5%)



Лечение хронического холецистита

- Постельный режим,
- Диетическое питание (диета № 5а), с приемом пищи 4-6 раз в день
- Дезинтоксикационная терапия.
- Антибиотикотерапия (эритромицин, ампициллин внутрь, гентамицин, цефалоспорины в/м) 7 – 10 дней
- Антимикробное действие оказывают также: никодин, оксафенамид, циквалон, фуразолидон,
- Биопрепараты (бактисубтил, линекс)
- Спазмолитические и холинолитические средства (дюспаталин, папаверина гидрохлорид, но-шпа, атропина сульфат, платифиллина гидротартрат и др.), паранефральные новокаиновые блокады

Желчегонные препараты:

- Холеретики (хологон, аллохол, холензим, фламин, холосас)
- Холецистокинетики (холецистокинин, сульфат магния, ксилит, маннит, яичные желтки)

Литолитические средства

Хенофальк, урсофальк совместно по 8 мг/кг/сут на ночь – 6-24 месяцев

Гепатопротекторы (селимарин, гепатофальк, фосфоглив)

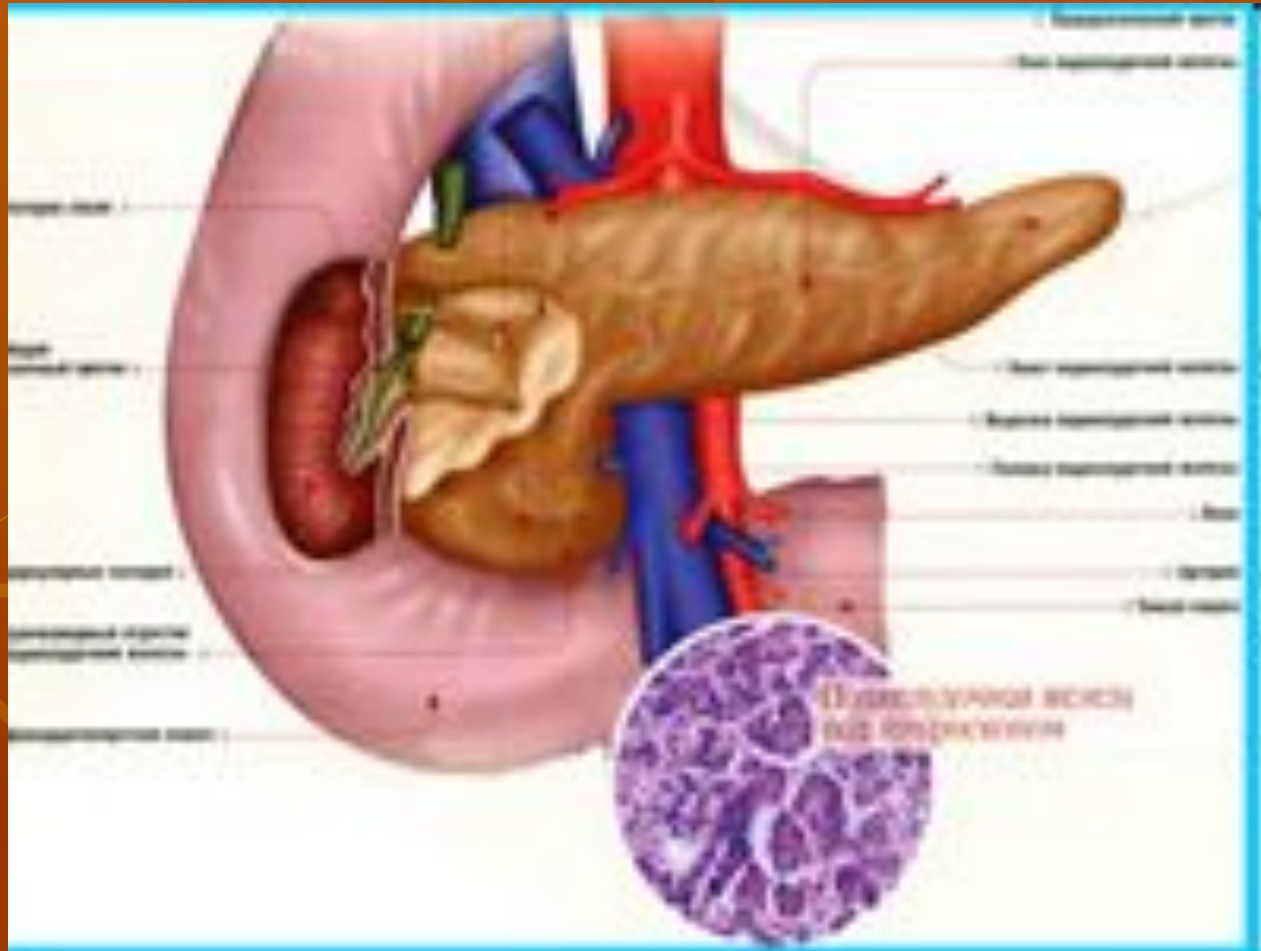
- Ферментные препараты (креон, или дигестал, или фестал, или панзинорм и т. п.),
- Средства, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта (цизаприд, домперидон, дебридат и др.)
- Антациды (фосфалюгель, маалокс и др.).

- Антипротозойные средства (фуразолидон, нифурантел, метронидазол)
- Поливитамины
- Слепые зондирования с 33% р/ром сульфата магния 1-2 раза в неделю по 15 процедур на курс
- Минеральные воды слабой и средней минерализации (Ессентуки 4, 17, 20, Смирновская, Славянская, Арзни, Джермук)

Физиотерапия

- СВЧ на область солнечного сплетения
- Электрофорез с сульфатом магния на область печени
- Аппликации парафина, озокерита, торфа
- Импульсный ток низкого напряжения и частоты

Хронический панкреатит



**Хронический панкреатит (ХП) -
воспалительно-дегенеративное
заболевание поджелудочной
железы длящееся более 6 месяцев
и характеризующееся развитием
фиброза паренхимы и
функциональной
недостаточностью.**

Этиология

- ✓ Высокое содержание кальция в крови (гиперкальциемия).
- ✓ Врождённые аномалии поджелудочной железы.
- ✓ Муковисцидоз
- ✓ Применение некоторых лекарственных средств (гормональные препараты (эстрогенсодержащие средства, кортикостероиды), тиазидные диуретики (гипотиазид) и азатиоприн).
- ✓ Инфекции – эпидемический паротит, иерсиниозная инфекция, ветряная оспа, вирусный гепатит, вирусы Коксаки, *Mycoplasma*
- ✓ Гельминтозы
- ✓ Длительное затруднение оттока сока поджелудочной железы в результате рубцовых изменений в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки или закупорки желчными камнями.
- ✓ Аутоиммунное поражение поджелудочной железы.
- ✓ Наследственные факторы - результат генетических мутаций.

Патогенез хронического панкреатита



Три патогенетических варианта ХП

Обструктивный.

- Повышение давления в протоке поджелудочной железы приводит к выделению секрета за пределы протоков и повреждению ацинарных клеток pancreas. Вокруг протоков развивается фиброзная ткань, мелкие протоки стенозируются и образуются кисты и псевдокисты

Иммунопатологический.

- Продукты деструкции тканей поджелудочной железы провоцируют аутоиммунные реакции, что приводит к иммунопатологической деструкции ацинарных структур. Клинически это проявляется медленно прогрессирующей внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточностью (сахарным диабетом).

Дизметаболический.

- В результате обменных нарушений накапливаются отложения белковых масс в протоках поджелудочной железы, которые могут закупориваться белковыми пробками с последующим фиброзом и стенозом протоков и образованием псевдокист

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Происхождение — первичный и вторичный;
 2. Течение заболевания — рецидивирующее, монотонное;
 3. Тяжесть заболевания — легкая, среднетяжелая, тяжелая;
 4. Функциональное состояние поджелудочной железы:
 - а) внешнесекреторная функция — гипосекреторный, гиперсекреторный, обтурационный, нормальный тип панкреатической секреции;
 - б) внутрисекреторная функция — гиперфункция, гипофункция инсулярного аппарата;
- осложнения — ложная киста, панкреолитиаз, сахарный диабет, плеврит и т.д.;
5. Сопутствующие заболевания — язвенная болезнь, гастродуоденит, холецистохолангит, гепатит, энтерит, колит, неспецифический язвенный колит и др.

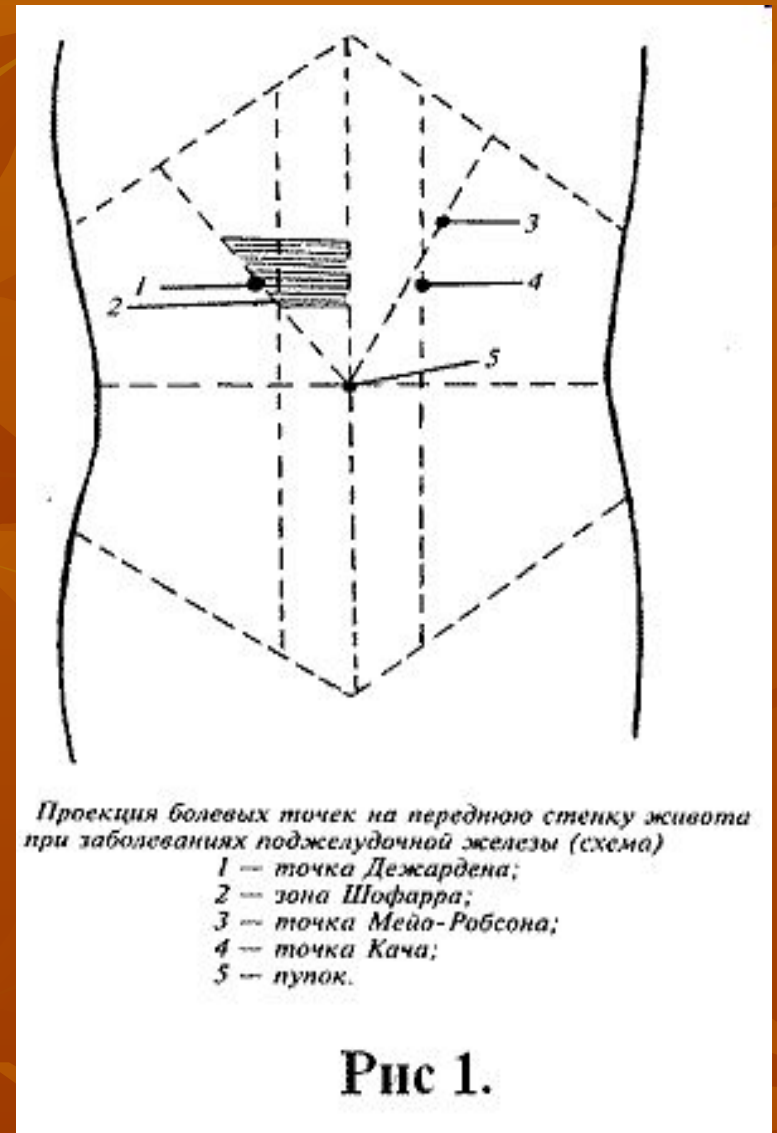
Клиническая картина

- Признаки общей интоксикации и проявления полигиповитаминоза: бледность, цианоз носогубного треугольника, «тени» у глаз.
- Признаки вегетативного дисбаланса с преобладанием парасимпатикотонии.
- У больных ХП может отмечаться субфебрилитет, тахикардия, артериальная гипотензия.
- При высокой степени активности процесса удается выслушать хрипы в базальных отделах легких, иногда наблюдается левосторонний плевральный выпот.

Болевой синдром:

- Боли в верхней половине живота, которые могут быть приступообразными или постоянными ноющими. Могут носить опоясывающий характер.
- Боли усиливаются в положении на спине, несколько стихают при наклоне вперед или положении на боку с поджатыми к животу ногами. Они чаще не зависят от приема пищи, иногда появляются после обеда и усиливаются к вечеру.
- Нередко отмечается симптом Грота (уменьшение толщины подкожной жировой складки слева в области проекции поджелудочной железы).
- признак Куллена: синее пятно в области пупка, вызванное гемоперитонеумом
- признак Тернера: сине-красно-фиолетовое или зелено-коричневое окрашивание боковых частей живота, вызванное распадом гемоглобина в тканях.

- При пальпации живота характерна болезненность в холедохопанкреатической зоне (треугольник Шоффара), эпигастральной области, левом подреберье.
- Часто положителен симптом Кача (зона кожной гиперестезии в левом подреберье соответственно иннервации VIII грудного сегмента слева),
- симптом Мейо—Робсона (болевая точка в левом реберно-позвоночном углу).



Диспепсические расстройства:

- Нарушение аппетита,
- Отрыжка,
- Тошнота,
- Метеоризм,
- Повышенное слюноотделение.
- Иногда бывает рвота.
- Склонность к запорам, чередование запоров с поносом,
- Снижение массы тела, а также выраженные астеновегетативные проявления.

МЕТОДЫ ПАРАКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Биохимический анализ крови.

- Определяется активность ферментов, вырабатываемых поджелудочной железой - амилазы, липазы, фосфолипазы А2, трипсина, эластазы. Норма содержания амилазы 14,6 – 28,2 г/ч х л, липаза 0,3 – 1,9 ЕД, трипсин 98,2 – 229,6 нг/мл.

Провокационные тесты.

- В практике применяют различные стимулирующие поджелудочную железу средства - гормональные интестинальные стимуляторы (секретин панкреозимин), парасимпатомиметические средства (прозерин простигмин), двойную нагрузку глюкозой

- *Копрограмма* -микроскопически определяется повышенное содержание нейтрального жира в кале.
- *Рентген-пленочный тест* - отсутствие на поверхности пленки просветлений в низких разведениях (1:20 и меньше свидетельствует о панкреатической недостаточности)
- *Йод-липоловый тест*. При недостаточности панкреатической липазы йод в моче после приема внутрь йодлипола не обнаруживается или регистрируется только в разведении 1:2.

Зондирование поджелудочной железы.

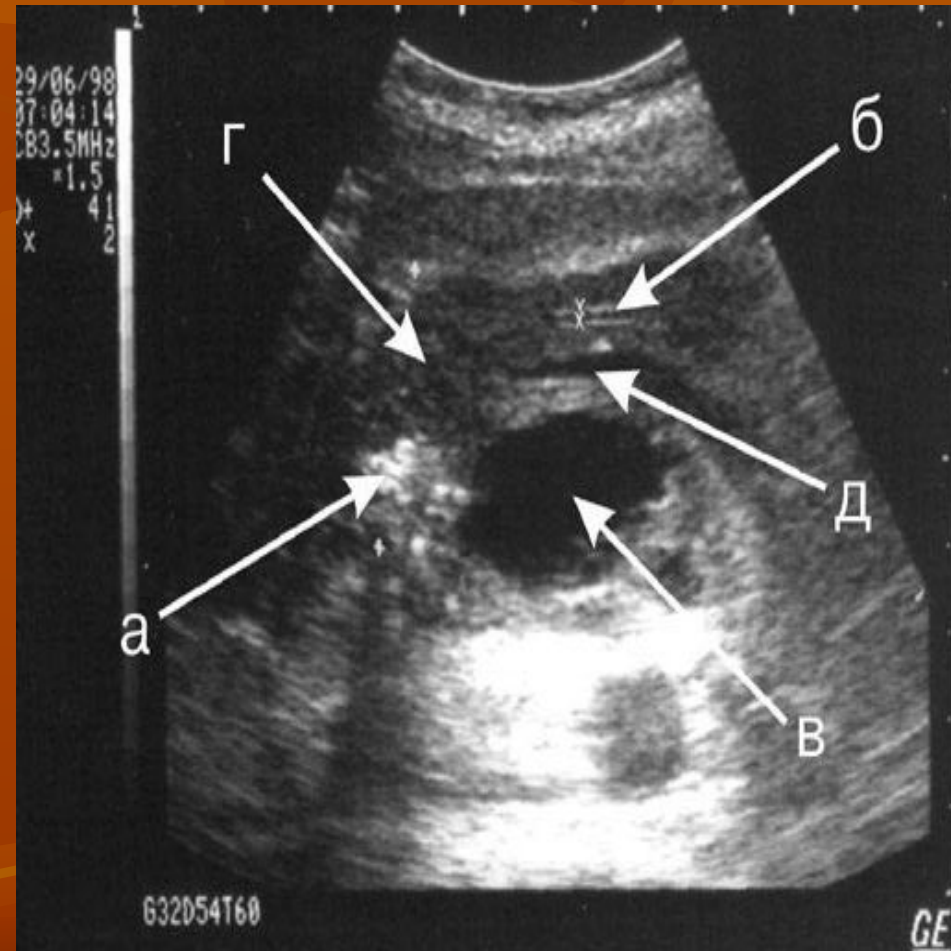
- Определение показателей панкреатической секреции (объема секрета, содержания амилазы, трипсина) в базальных условиях и после введения различных раздражителей (0,5% раствор соляной кислоты, растительное масло, глюкоза, прозерин и интестинальные гормоны — секретин и панкреозимин).

УЗИ поджелудочной железы



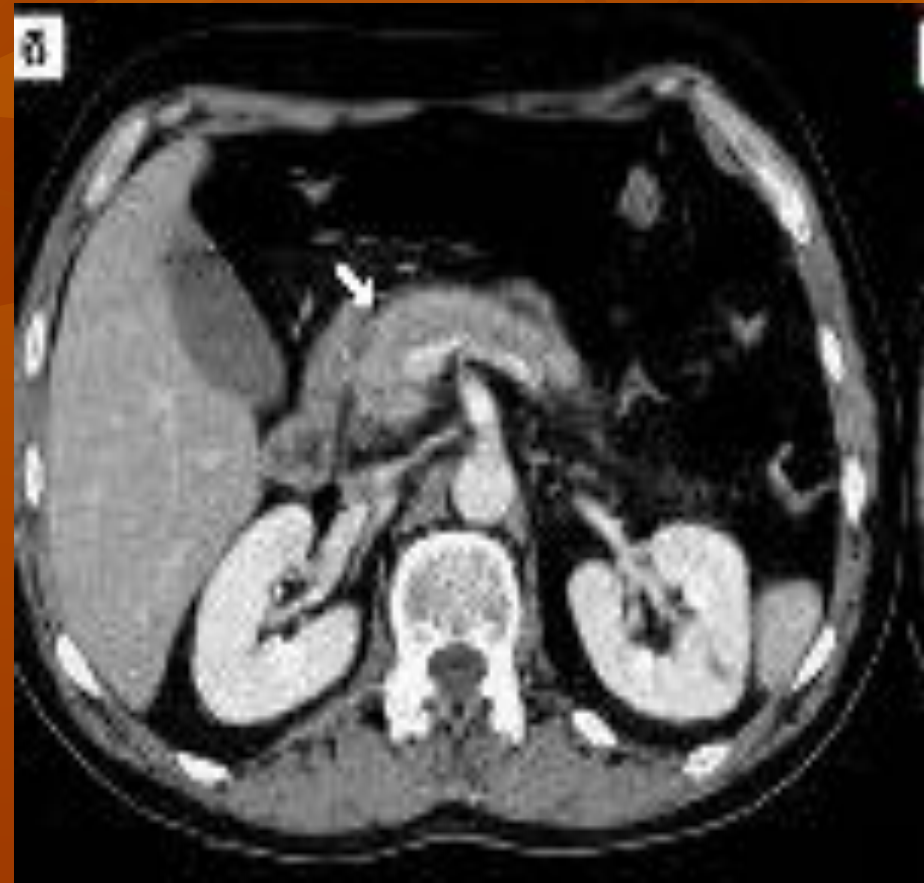
Эхограмма хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы

- а) кальцинаты в головке ПЖ;
- б) нерасширенный Вирсунгианов проток;
- в) псевдокиста ПЖ; г) увеличенная головка ПЖ;
- д) селезеночная вена;



КТ с болюсным контрастированием

Жизнеспособная паренхима равномерно контрастируется благодаря сохранной сосудистой архитектонике. В парапанкреатической клетчатке небольшой выпот.



Магнитно-резонансное исследование

Выраженное
усиление МР-сигнала от
Незначительного
количества жидкости в
Парапанкреатической
клетчатке (стрелки)



Панкреатохолангиограмма.

- Хронический индуративный панкреатит. Выраженный стеноз с последующей обтурацией главного панкреатического протока. Протяженный стеноз общего желчного протока.



ЛЕЧЕНИЕ ХП В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ.

Основные принципы:

- Индивидуальность схем лечения и гибкость терапии в зависимости от клинико-биохимических показателей
- Физиологическое щажение поджелудочной железы

Диета N5п (протертая модификация диеты 5 по Певзнеру). В тяжелых случаях исключается питание через рот и назначается аспирация желудочного содержимого т.к. пища и кислое содержимое желудка стимулируют желудочную секрецию. Нутритивная поддержка осуществляется смесями для парентерального питания.

Купирование болевого синдрома.

- Назначается парентеральное введение спазмолитиков - но-шпы, папаверина, галидора и др. Анальгетиков (баралгин, анальгин, ацетоаминофен, трамадол и другие), холинолитиков (платифиллин, метацин).
- Наркотические анальгетики не назначают т.к. они могут усиливать спазм сфинктера Одди и повышать давление в протоках железы

Подавление желудочной секреции.

- блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов - ранитидин, фамотидин.
- Блокаторы H⁺ K⁺АТФ-азы (омепразол, лансопразол и др).
- Антациды - маалокс, ренни, гастал, алмагель, др.). Курс лечения антацидами продолжается 3-4 недели.

Уменьшение ферментной интоксикации.

- Ингибиторы протеолиза (контрикал, гордокс, др.).
- Инфузионная терапия: внутривенное введение глюкозо-солевых растворов (5% глюкоза, 0,9% физ.р-р.) и коллоидов (реополиглюкин, альбумин, плазма), в тяжелых случаях плазмоферез или гемосорбция.

Ингибиторы секреции поджелудочной железы.

- аналоги эндогенного соматостатина - сандостатин 50- 500 мкг/мл октреотид 100 мкг/мл. Курс терапии сандостатином 5-7 дней.

Ферментная терапия.

- Проводится препаратами, не содержащими желчь: панцитрат, креон, ликреаза, мезим-форте.

Антибактериальная терапия

- Карбопенемы (имипенем),
- хинолиновые препараты (ципрофлоксацин, офлоксацин),
- цефалоспорины (цефтриаксон, цефотаксим).

Симптоматические средства назначаются при наличии показаний:

- противорвотные препараты - зофран, ондасетрон.
- транквилизаторы, антидепрессанты.
- прокинетики назначаются при явлениях дуоденостаза (предпочтение отдаётся домперидону, как селективному препарату с минимальными побочными эффектами со стороны ЦНС).

Хирургическое лечение

- проводится при развитии псевдокисты, сужении или обтурация холедоха, рубцовом сужении в области фатерова соска, органической дуоденостазе.

ЛЕЧЕНИЕ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

- Диета N5 в течение года и более. Ограничивают количество животных жиров и соответственно увеличивают содержание углеводов.
- Фитотерапия: березовые листья, календула, цветы коровяка, лабазника, семя льна, корень солодки, трава сушеницы, хвоща, фиалки трехлистной.
- С целью улучшения обменных процессов назначают поливитамины, метилурацил.
- Физиотерапия: электрофорез лидазы, никотиновой кислоты, аппликации озокерита, грязелечение.
- Санаторно-курортное лечение в Железноводске, Ессентуках, Трускавце, Моршине, Липецке.
- Минеральные воды низкой минерализации в теплом виде без газа по 50-100 мл 5-6 раз в сутки между приемами пищи.
- Лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения и очагов инфекции.