

Хронический холецистит

Определение.

- Хронический некалькулезный холецистит (ХНХ) - воспалительное заболевание, которое поражает стенки желчного пузыря (ЖП), преимущественно в участке шейки и перебегает с функциональными нарушениями его мускулатуры, сфинктерного аппарата, циркуляции желчи, а также изменениями ее физико-химических свойств, биохимической структуры.

Этиология.

- Основную роль в развитии ХНХ играют возбудители инфекций, в частности, условно патогенная микробная флора (кишечная палочка и шерихии, стрептококки, стафилококки, реже протей и сине- гнойная палочка). Причиной ХНХ также может быть паразитарная инвазия (лямблии, описторхии, стронгилоиды, клонорхии).
- Хронический некалькулезный холецистит возникает в результате повреждения стенки желчного пузыря панкреатическими ферментами, которые поступают туда через рефлюкс панкреатического секрета. К редким причинам развития ХНХ относятся травмы живота, ожоги, сепсис, нарушение кровообращения в стенке ЖП.

Патогенез.

- Микробы и паразитарные возбудители попадают в ЖП гематогенным, лимфогенным и восходящим путем из кишечника по общему желчному и пузырному протокам. Развитию воспалительного процесса в ЖП свидетельствуют застой в нем желчи и изменения ее химического состава. Под воздействием микроорганизмов сначала развивается уплотнение стенки пузыря, атрофия его слизистой оболочки или утолщения и полиповидные изменения складок. Под эпителием, который остался, появляются, мелкий лимфомакрофагальный инфильтрат с примесями сегментоядерных и эозинофильных лейкоцитов.

Классификация хронического холецистита (Н.В. Харченко и пел., 2000)

- Классификация хронического холецистита (Н.В. Харченко и пел., 2000)
- 1. В зависимости от клинических особенностей
 - а) хронический некалькулезный холецистит, болевая форма
 - б) хронический некалькулезный холецистит, диспепсическая форма
 - в) хронический некалькулезный холецистит, атипичные формы:
 - - кардиальная
 - - поясничная
 - - гастродуоденальная
- 2. В зависимости от функционального состояния желчного пузыря:
 - а) с нормально функционирующим желчным пузырем
 - б) с гипертонично-гиперкинетической дискинезией
 - в) с гипотонично-гипокинетической дискинезией

Классификация хронического холецистита (Н.В. Харченко и пел., 2000)

- 3. В зависимости от состояния холесекреторной функции печени:
 - а) из нормохолией
 - б) из гиперхолией
 - в) из гипохолией
- 4. В зависимости от стадии процесса:
 - а) стадия обострения
 - б) стадия неполной ремиссии
 - в) стадия ремиссии
- V. В зависимости от степени тяжести:
 - а) легкая
 - б) средней тяжести
 - в) тяжелая

Выделяют следующие клинические формы ХНХ:

- 1) Типичная форма - больные жалуются на тупые, ноющие боли в правом подреберье, длительностью больше 20 мин, что возникают через 30-90 минут после еды, особенно избыточной и богатой жирами, специями, поднятия и ношения тяжестей, тряской езды. Боли усиливаются после длительного сидения, часто совмещаются с горечью во рту, изжогой, тошнотой, отрыжкой воздухом и едой, кратковременным повышением к субфебрильным цифрами температуры тела. В 10-15 процентов больных на ХНХ наблюдаются мало интенсивные нападения желчной колики.

Выделяют следующие клинические формы ХНХ:

- 2). Атипичные формы
 - а) кардиолгическая
 - б) эзофагалгическая
 - в) кишечная
 - г) неврастеническая
 - д) тиреотоксическая
 - ж) по типу поражения солнечного сплетения
 - е) ревматическая

Есть три стадии развития заболевания:

- 1-я стадия - при рентгенконтрастировании и УЗИ регистрируется непостоянное и незначительное нарушение эвакуации желчи из пузыря. Форма и размеры пузыря при этом не отличаются от нормальных, патологические изменения выражены лишь в участке шейки ЖП (утолщение стенок).
- 2-я стадия - нарушения эвакуации желчи выражены четко и постоянно. Желчный пузырь имеет шаровидную форму, увеличен в размерах. Также хорошо выражены изменения в участке шейки пузыря.
- 3-я стадия - оказывается постоянное и значительное нарушение эвакуации желчи. Пузырь значительно увеличен в размерах, стенки размером 4 и больше мм, а изменения в участке шейки стойкие и выраженные.

Осложнение.

- 1. Хронический реактивный вторичный панкреатит.
- 2. Хронический холангит.
- 3. Перитонит.
- Пример формулировки диагноза.
 - 1. Хронический некалькулезный холецистит, кардиолгическая форма с нарушением эвакуаторной функции желчного пузыря, 2 стадия.
 - 2. Хронический некалькулезный, преимущественно шейный холецистит, в стадии обострения с нарушением эвакуаторной функции желчного пузыря, 1 стадия.

Клиника.

- Основным признаком хронического некалькулезного холецистита является боль в правом подреберье, реже одновременно и под мечевидным отростком груднини. Боль иррадиирует в правую лопатку, ключицу, плечо, плечевой сустав, реже — в левое подреберье, часто он ноющий, длится днями и неделями.

Клиника.

- Типичный пальпаторный признак заболевания — болезненность в участке желчного пузыря, особенно на вдохе — симптом Кера. Болезненность определяется и во время постукивания по правой реберной дуге на высоте вдоха — симптом Лепене. Позитивные также симптомы Мерфи, Трекова—Ортнера, Мюсси —Георгиевского.

Клиника.

- Атипичные формы:
- кардиолгическая - для нее характерные длительные тупые боли в области сердца, экстрасистолии, которые появляются после переедания и в лежащем положении, сплющивания, а иногда и инверсия зубца Т на ЭКГ.
- пищеводная - характеризуется стойкой изжогой в сочетании с тупой болью за грудиной после избыточной еды. Одновременно возникает ощущение инородного тела за грудиной. Легкие затруднения прохождения еды по пищеводу.
- кишечная протекает с вздутием живота, разлитой тупой болью по всему животу, склонностью к запорам

Диагностика.

- Замедление периода высвобождения пузыря, ослабления темпа и силы сокращения, стойкая деформация шейного отдела и задержка в нем желчи, шаровидная форма пузыря при внутривенной холецистографии.
- Повышение уровня С-реактивного белка, сиаловых кислот в порции “В” желчи, полученной при дуоденальном зондировании.

Выявление в желчи простейших (лямблии, яйца печеночной двуустки и других), цилиндрического эпителия, слизистость желчных ходов и пузыря, снижение рН желчи в порции "В" ниже 6,8-6,6, забор желчи для выявления возможных возбудителей заболевания.



Увеличение размеров ЖП и утолщение его стенок больше 4 мм при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии.



Дифференциальный диагноз проводят с:

- 1) желчнокаменной болезнью.
- 2) язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.
- 3) хроническим панкреатитом.

Лечение

- В период выраженного обострения:
- Коечный режим от 7 до 10 дней. В первые два дня рекомендуют неконцентрированный сладкий чай, разведенный наполовину водой, фруктовые соки, отвар шиповника, небольшими дозами до 3-5 стаканов на день
- Потом диета № 5, которая включает до 100 г белков, 400 г углеводов и 80 г жиров, желательно растительного происхождения, калорийностью 2500-2900 ккал.
- При выраженном болевом синдроме, значительной пальпаторной и перкуторной болезненности, повышении температуры тела и гипертонической дискинезии ЖП:
 - а) назначают периферические М-холинолитики (1мл 0,1% раствора атропина или метацину, 1 мл 0,2% раствора платифиллина, или 1 мл 0,1% раствора хлорезила) подкожно или в/м;
 - б) миотропные спазмолитики (2 мл 2% раствора папаверину гидрохлорида, 2 мл 1% раствора но-шпы, 2 мл 0,25% раствора феникаберана в/м);
 - в) эти препараты можно совмещать с 50% раствором анальгина-1-2мл, баралгину-2-5 мл в/м;

Лечение

- Антибактериальная терапия включает назначения одного из антибиотиков – ампициллина - по 0,5г, четыре - шесть раз в сутки внутрь или в/м; оксациллина по 0,5г, 4-6 раз в день, в/м; ампиокс - по 0,5г, 4 раза в день внутрь или в/м; рифампицина - по 0,15 г три раза в день; эритромицина - по 0,25 г четыре раза в день; ерициклина - по 0,25г, через каждые 4-6 часов; линкомицина - по 0,5г, три раза в день внутрь, по 1 мл или 30% раствора три раза в день в/м; доксицилина (вибромицина) по 0,10 г два раза в сутки внутрь в течение 7-10 дней, или цефалоспорины (кефзол) цефалоридин - по 0,5-1 г через каждые 8 часов, клафоран в/м по 2 г два раза день, цефалоспорины для приема внутрь – цефуроксим, аксетил (зиннат) по 250-500 мг 2р. в сутки после еды, 10-14 дней. Ципрофлоксацин, офлоксацин внутрь по 500-750 мг 2р. в день, на протяжении 10 дней, а также септрим (бактрим, кло-тримазол), сульфамон по 480-960 мг 2 раза в день, с интервалом 12 часов, в течение 10 дней.

Лечение

- При незначительном обострении процесса можно назначать производные нитрофурана (фурадонин, фуразолидон) - по 0,1-0,15г, четыре раза в сутки.
- Антибактериальные средства целесообразно совмещать с желчегонными средствами, которые имеют бактерицидное и противовоспалительное действие.
- В частности:
- Циквалоном - по 0,1г четыре раза в день.

Лечение

- При выявлении в желчи паразитов проводится специфическая терапия:
- а) при описторхозе, фасциолезе, клонорхозе назначают хлоксил в порошке по 2 г на пол стакана молока, 3-5 раз в течение двух дней;
- б) при стронгилоидозе, трихоцефалезе, анкилостомозе - вермокс- (по 1 табл. три раза в день, три дня, с повторением курсов через два - четыре недели или комбантрин - по 0,25 г один раз на день, по три дня;
- в) при лямблиозе – фуразолидон - по 0,15 г 4 раза в день, фазижин ли по 2г одноразово, или трихопол (флагил, метронидазол) - по 0,25г, три раза в день, 5 -7 дней, аминохиолин ли - по 0,1г три раза в день, по 5 дней.

Лечение

- В период ремиссии больным ХНХ показаны холеретические и холецистокинетические средства, в частности, препараты, которые содержат желчные кислоты (хологон - по 0,2 -0,4 г три раза в день, аллохол - по 1-2 табл., три-четыре раза в день, холензим - по 0,3г, три раза в день, холерин - по 0,15-0,30 г три раза в день, лиобил - по 0,2г три раза в день, во время еды, по 10-14 дней).
- С этой же целью можно назначать синтетические холеретики (никедин, циквалон, оксифенамид (по 2 табл. три раза в день перед едой, по 10-14 дней).

Лечение

- С целью холеретического эффекта можно использовать растительные препараты, которые содержат эфирные масла, смолы, флавоны, фитостерин, витамины. К ним относятся: фламин, что принимается по 1-2 табл. трижды на день за 30 мин к еде, холосас - по 1-2 чайных ложки перед едой, холагол - по 5-8 капель на сахар перед едой, олеметин - по 2 капсулы, три-пять раз в день перед едой, холафлукс - по 1 чайной ложке порошка на 100 мл горячей воды, два-три раза в день, танафлон - по 1-2 столовых ложки, три раза на день, полифитохол, 2-3 раза в день, фламикар - по 0,75г на сутки, две недели, отвары кукурузных рылец, мяты перечной, петрушки листовой, холегран по 1г на ст. веды.

Лечение

- Способность увеличивать объем выделения желчи и повышать в ней содержание желчных кислот имеет фебихол (капсулы по 100 мг), полученный из куркумы длинной. Препарат назначается по 1 капсуле за 15-30 мин к еде 3 раза в день в течение 2-3 недель. Кроме того, эффективным является едестон по 200 мг (1-2 т 3р на день перед едой) в течение 2-3- недель.
- Больным ХНХ в период ремиссии также могут назначаться гидрохолеретики, к которым относятся минеральные воды, что содержат анионы сульфата и катионы магния и натрия (Моршинские минеральные воды источника № 1 и №2, Нафтуся и другие). Они имеют также холекинетическое действие.

Лечение

- С целью активации моторики желчного пузыря показано назначение холекинетиков, к которым относятся ксилит, сорбит, магний сульфат, карловарская соль “Барбара”, барберин, отвар пижмы, оливковое, облепиховое, педсолнечное масло.
- В период ремиссии больным на ХНХ показаны терапевтические тюбажи (слепые зондирования с ксилитом, сорбитом из расчета 20-40 мг на 200 мл воды, с солью “Барбара” - 30г на 200.0 мл воды. После приема внутрь этих растворов больным рекомендуется полежать на правой стороне в течение 1-2 часов на теплой грелке

Лечение

- Нередко у больных на ХНХ наступает нарушение функций вегетативной нервной системы, которая проявляется синдромом вегето-сосудистой дистонии, холецисто-коронарным, предменструальным синдромом. В этой связи в комплексную терапию ХНХ, в зависимости от синдрома, необходимо включать: малые транквилизаторы (елениум, тазепам - по 0.005-0,01 г два раза в день), седативные средства (настойка валерианы, пустырника - по 40 капель три раза в день), цинарезин, стугерон 1 табл. два раза в день; психотерапию, иглорефлексотерапию.

Лечение

- В комплексную терапию ХНХ в период ремиссии можно включать физиотерапевтические методы лечения, в частности, микроволновую терапию, синусоидальные медулируемые токи (при сопутствующей гипокинетичной дискинезии ЖП), индуктотермию, ультразвуковую терапию низкой и средней интенсивности, грязе-озокерито-парафинотерапию на участок ЖП, особенно в сочетании с терапевтическими тубажами, совмещено использование синусоидальных медулируемых токов, диэдинамического, постоянного тока с грязевыми аппликациями (грязь–электрофорез); электрофорез на зону проекции ЖП 5% раствора новокаина, 10% раствора сульфата магния.