



ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

профессор кафедры
факультетской терапии КемГМУ,
д.м.н. Репникова Р.В.

План лекции:



- Понятие о хроническом холецистите
- Классификация
- Клиника
- Принципы диагностики, критерии диагноза
- Лечение

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- некалькулезный (бескаменный)- это хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание ЖП, как правило, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями желчевыделительной системы.

Этиология хронического холецистита

- Ведущую роль играет бактериальная инфекция. Пути проникновения инфекции: восходящий (из кишечника), лимфогенный, гематогенный
- Паразитарные инвазии ЖВП (описторхоз, лямблиоз, аскаридоз)
- Травмы области ЖП и печени
- Заболевания печени, холедохо-дуодено-панкреатической зоны

Предрасполагающие факторы:

- Застой желчи (дисфункции ЖВП, беременность, ожирение, отрицательные эмоции, недостаток в пище грубых волокон).
- Нарушение режима питания.
- Рефлекторные влияния со стороны органов брюшной полости при развитии в них воспалительного процесса.
- Перенесенный острый холецистит.
- Дисбиоз кишечника.

Механизм развития воспаления стенки ЖП

- застой желчи
- изменение её физико-химического состава
- наличие инфекции

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ КЛИНИКУ:

- - болевой абдоминальный (за счет воспаления);
- - диспепсический (нарушение моторики желчного пузыря);
- - интоксикации (наличие инфекции).

ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- Общий анализ крови, мочи, кала
- Кал на я/гл. №3
- Б/х крови (белок и белковые фракции, билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза, гамма-ГТТ, сиаловые кислоты, фибрин, серомукоид)
- ФГДС
- Холецистография
- УЗИ желчного пузыря
- Фракционное хроматическое дуоденальное зондирование

КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА:

- болевой абдоминальный синдром (боли в правом подреберье в зависимости от сопутствующей формы дисфункции желчного пузыря)
- положительные симптомы желчного пузыря (Керра, Мерфи, Ортнера, Мюсси)
- интоксикационный синдром
- характерные изменения при дуоденальном зондировании
- ультразвуковые изменения

УЗИ - признаки хронического холецистита

- утолщение стенки
- равномерное уплотнение стенки желчного пузыря с утолщением. Локальное утолщение (повышенная эхогенность) может быть при холестерозе. Холестероз - это отложение холестерина в стенках ЖП с нарушением двигательных функций. Часто у полных женщин старше 35 лет. При холестрозе стенки ЖП утолщены и имеют поперечную исчерченность.
- неравномерность и деформация контура ЖП
- неомогенность содержимого- «сладж» пристеночно
- увеличение или уменьшение размеров ЖП
- деформация ЖП спайками, ограничение его смещаемости

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТА

Задачи лечения:

- устранить инфекцию и нормализовать функцию сфинктеров билиарной системы
- снизить литогенность желчи

ДИЕТА

- В фазу обострения рекомендуется механическая и химически щадящая пища, не обладающая холекинетическим эффектом. Разрешаются отварные нежирные сорта мяса, рыбы, яичный белок, нежирные молочные продукты, каши, макаронные изделия.
- Питание 5-6 раз в день небольшими порциями.



Лечение

- АБ-терапия: цефалоспорины (2, 3 поколения), фуразолидон 5-7 дней, затем пробиотики: бифиформ (линекс, лактофильтрум, бактистатин, бцион3, пробиолог, риафлора баланс и др.) в течение 1 месяца
- Купирование болевого синдрома (спазмолитики, М-холинолитики) 5-10 дней

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- Применение желчегонных средств:
Классификация желчегонных препаратов:
 - Холеретики- препараты, стимулирующие желчеобразовательную функцию печени.
 - Холекинетики - препараты, стимулирующие желчевыделение (повышают тонус ЖП и снижают тонус желчных путей)

ХОЛЕРЕТИКИ

Препараты, содержащие желчные кислоты:

- Аллохол по 1 таб х 3 р/д после еды= 2 месяц
- Холензим по 1-2 таб х 3 р/с после еды= 1 месяц
- Мексаза 1 таб х 3 р/д после еды= 1 месяц

Препараты растительного происхождения:

- Цветки бессмертника, кукурузные рыльца; Холосас 1 ч.л. х 3 р/д после еды= 2-4 недели; Холагол, Петрушка.
- Гидрохолеретики: минеральные воды «Ессентуки №17, №4», Смирновская, «Славяновская», валериана (за 20-30 мин до еды по -4 раза в день).

ХОЛЕКИНЕТИКИ

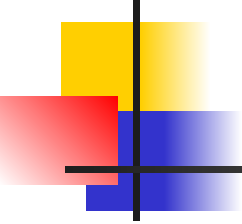
- Ксилит 10% р-р по 50-100 мл х 3 р/д за 30 мин до еды=1-3 месяца;
- Сорбит 10% р-р 50-100 мл х 3 р/д = 1-3 месяца
- Подсолнечное, оливковое, облепиховое масло по 1 ст.л. х3 р/д после еды.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПЛАНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ:

- - борьба с возбудителем (антибактериальная терапия)
- - дезинтоксикационная терапия
- - купирование болевого синдрома
- - рациональное применение желчегонных средств
- - нормализация функций вегетативной нервной системы
- - физиотерапевтическое лечение
- - лечение минеральными водами

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ:

- исчезновение симптомов интоксикации, болевого абдоминального и диспепсического синдромов.
- нормализация острофазовых биохимических показателей крови, количества лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов.
- нормализация показателей желчи.



Хронический холецистит паразитарной этиологии (описторхоз)

Проблемы диагностики и лечения описторхозной инвазии





Описторхоз – природно-очаговый гельминтоз, вызываемый сибирской двуусткой, паразитирующей в печени, желчном пузыре и поджелудочной железе

- ***Обь-Иртышский бассейн*** – самый крупный эндемичный очаг описторхоза в мире
- Ежегодно в Российской Федерации регистрируется 90 тысяч новых случаев описторхоза
- Инкубационный период - 2-6 недель

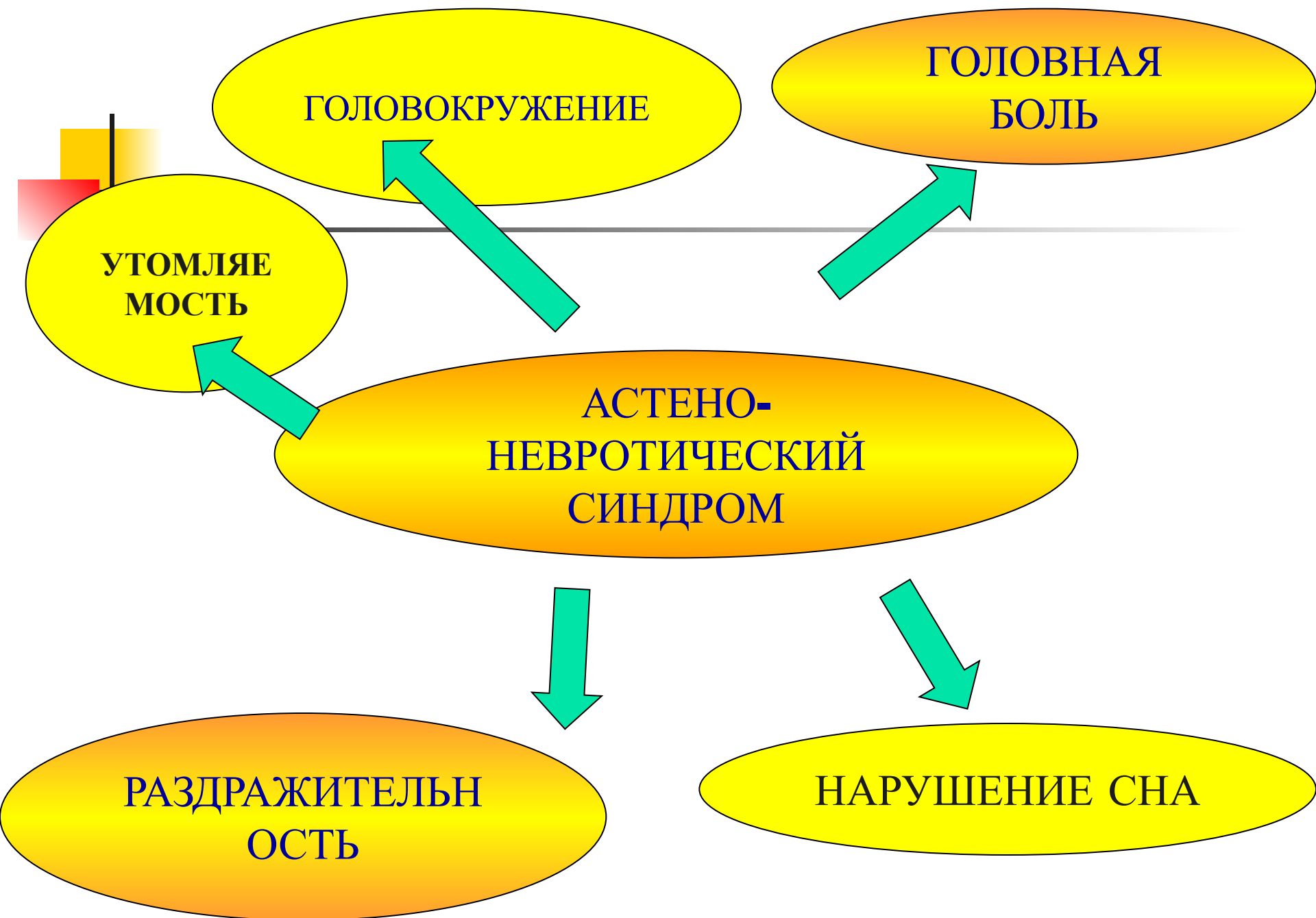
```
graph TD; A[ПАРАЗИТОЗЫ] --> B[АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ]; A --> C[АЛЛЕРГО-ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ С-М]; A --> D[СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ];
```

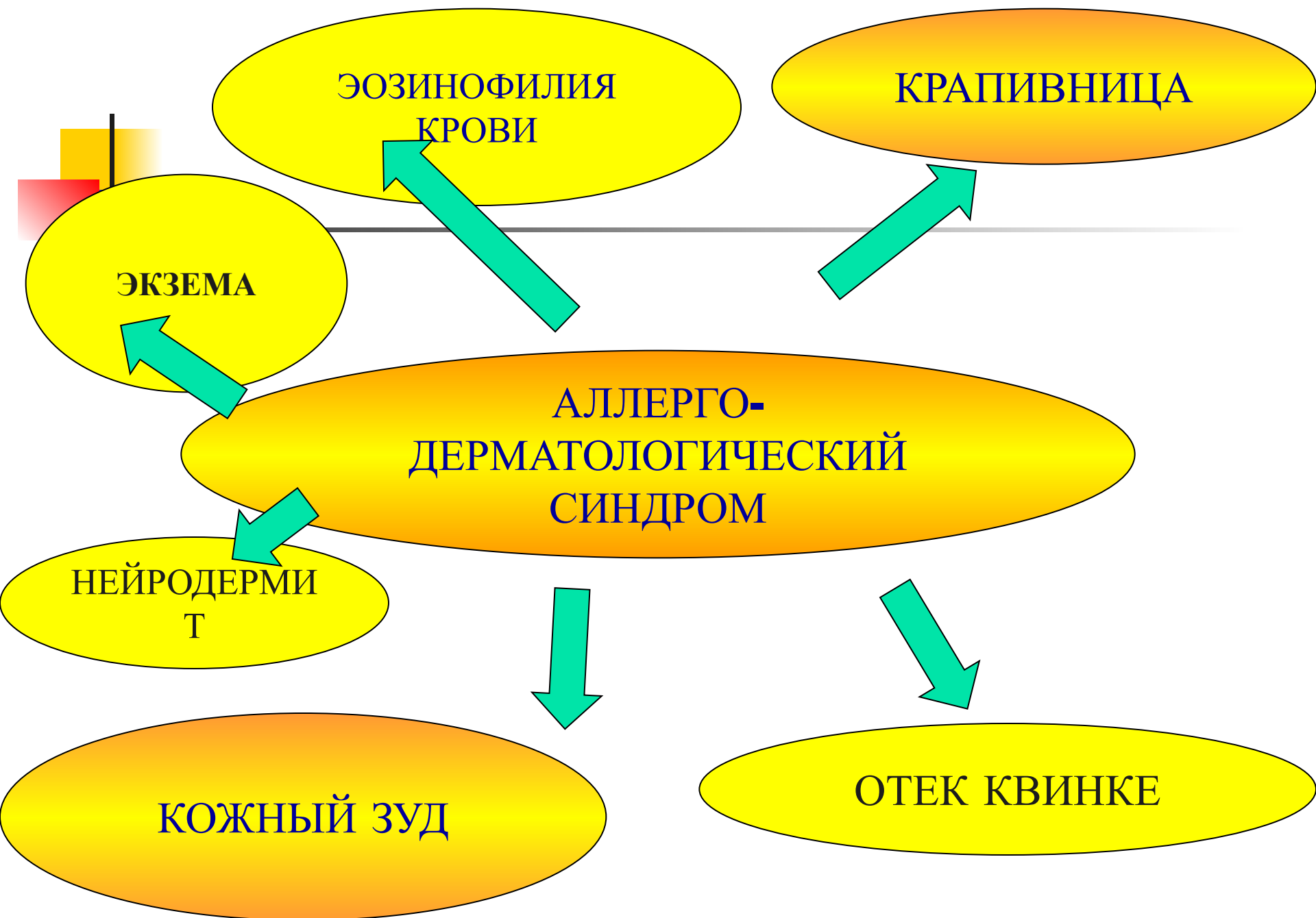
АСТЕНО-
НЕВРОТИЧЕСКИЙ
СИНДРОМ

АЛЛЕРГО-
ДЕРМАТОЛО-
ГИЧЕСКИЙ С-М

ПАРАЗИТОЗЫ

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ





СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ

ДИСПЕПСИЧЕСК
ИЙ
С-М

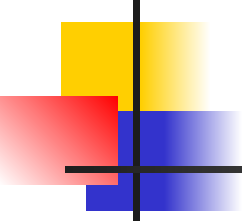
81.5%

БОЛЕВОЙ С-М

76.9%

Частота поражения органов при описторхозе

Желудок	71%
Желчный пузырь	100%
Желчевыводящие протоки	100%
Печень	29% - 42%
Поджелудочная железа	23% - 38%
Тонкая кишка	37%
Прямая кишка	29% - 36%



Клинические варианты хронического описторхоза

- **Холангиохолецистит**
- **Холангиогепатит**
- **Гастродуоденит**
- **Панкреатит**
- **Колит, проктосигмоидит**
- **Смешанный**



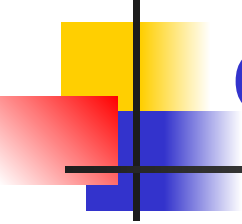
Осложнения описторхоза

- **острый холецистопанкреатит**
- **гнойный ангиохолит**
- **разрыв желчных протоков с развитием желчного перитонита**



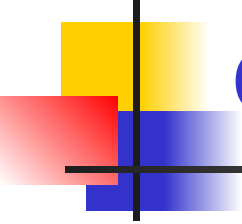
Осложнения описторхоза

- абсцессы печени
- перфорация желчного пузыря
- цирроз печени
- первичный рак печени



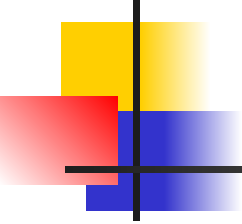
Какие пациенты нуждаются в обследовании на описторхоз?

- **лица, употребляющие речную рыбу**
- **пациенты с хр. гастродуоденитом, особенно эрозивным или эрозивно-язвенным, длительно не поддающимся медикаментозной коррекции**
- **пациенты с хроническим панкреатитом**
- **пациенты с хроническим холециститом**



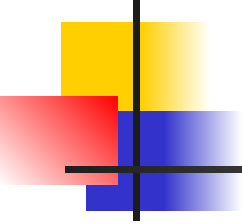
Какие пациенты нуждаются в обследовании на описторхоз?

- **пациенты с хроническим гепатитом**
- **пациенты с кожными высыпаниями**
- **пациенты с продолжительной субфебрильной температурой**
- **пациенты с вегето - сосудистой дистонией**
- **пациенты с дисбактериозом**



Лабораторная диагностика хронического описторхоза

- **Кал на я/гл № 7-10 (ч/з 2 – 4 недели от начала заболевания)**
- **Исследование желчи на наличие яиц описторхисов № 2-5**
- **ИФА, ЦИК**

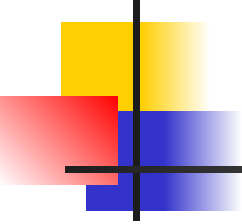


Лечение хронического описторхоза

I ЭТАП - *Подготовительная терапия*

Главные задачи:

1. Купирование аллергического симптома
2. Купирование воспалительного симптома
3. Обеспечение должного оттока из ЖВП и протоков ПЖЖ
4. Лечение эрозивных процессов в желудке и ДПК (ИПП, н2-блокаторы)



Лечение хронического описторхоза

4. Проведение дезинтоксикационной терапии
5. Применение антихолестатических средств
6. Применение препаратов патогенетической терапии, направленных на регуляцию ведущих синдромов

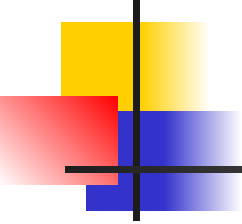
II Этап –

Специфическая терапия

- Бильтрицид (празиквантель) в дозе 60мг/кг массы тела в 3 приема по вечерней схеме (16:00, 20:00, 24:00). Лечение в условиях стационара

Через 7-10 дней после приема празиквантеля:

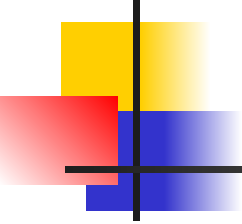
- Препараты коры осины (холегон, популин) = 7 дней, через 10 дней курс повторить

- 
-
- При неэффективности противопаразитарной терапии частота повторных курсов не более 3-х раз и не ранее, чем через 6 месяцев от предыдущей противопаразитарной терапии.

III Этап –

Реабилитационная терапия

1. **Дезинтоксикационная терапия (в первые 2 дня после приема бильтрицида)**
2. **Холекинетики и холеретики (7-10 дней)**
3. **Спазмолитики (но-шпа и др. 7-10 дней), ферменты (креон и др.)**
4. **Десенсибилизирующая терапия**
5. **Лечение дисбактериоза (бифиформ или линекс 2-4 недели)**
6. **Гепатопротекторная терапия (при повышении печеночных проб)**
7. **Слепое зондирование, минер. воды (2-3 раза в неделю в течение 3 месяцев)**



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОПАРАЗИТАРНОЙ ТЕРАПИИ

- Через 3-6 месяцев контроль анализов кала (№5-10) и желчи (№2)
- Определение титра антител к описторхисам через 3-6 месяцев от момента проведения дегельминтизации