

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Классификация.

Диагностика и лечение некалькулезного и
калькулезного холецистита в условиях
поликлиники и терапевтического стационара

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- Это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся воспалительными изменениями стенки желчного пузыря

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- По степени тяжести:
 1. Легкая форма
 2. Средней тяжести
 3. Тяжелая форма
- По наличию осложнений:
 1. Неосложненный
 2. Осложненный: перихолецистит, холангит, перфорация желчного пузыря, водянка, эмпиема
- По типу дискинезий:
 - Нарушение сократительной функции ЖП:
 1. Гиперкинез желчного пузыря
 2. Гипокинез желчного пузыря: без изменения его тонуса (нормотония), с понижением тонуса (гипотония)
 - Нарушение тонуса сфинктерного аппарата ЖВП:
 1. Гипертонус сфинктера Одди
 2. Гипертонус сфинктера Люткенса
 3. Гипертонус обоих сфинктеров

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- По клиническим формам:

1. Хронический бескаменный холецистит
 - С преобладанием воспалительного процесса
 - С преобладанием дискинетических явлений
2. Хронический калькулезный холецистит

- По характеру течения:

1. Редко рецидивирующий (обострения 1-2 раза в год)
2. Часто рецидивирующий (обострения 3 и более раз в год)
3. Постоянного течения
4. Маскировочный (атипичного течения)

- По фазам заболевания:

1. Фаза обострения (декомпенсации)
2. Фаза затухающего обострения (субкомпенсации)
3. Фаза ремиссии (компенсации)

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- Легкая - редкие и кратковременные обострения в течение 2-3 дней, спровоцированные погрешностями в питании
- Средняя степень тяжести - чередование периодов обострения и ремиссии, обострение длится 2-3 недели с наличием болевого и диспепсического синдромов, при обследовании - положительные симптомы Мерфи, Ортнера, Кера; увеличение активности трансаминаз, ЩФ
- Тяжелая степень - непрерывно рецидивирующее течение, отсутствие четких и длительных ремиссий

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- Хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сопровождающееся фиброзом и воспалительной инфильтрацией его стенок в сочетании с изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи

ЭТИОЛОГИЯ

- Бактериальная инфекция
- Источниками инфекции могут быть заболевания носоглотки, пазух носа, полости рта, мочевыделительной системы и т.д.
- Инфекция проникает в желчный пузырь тремя путями: гематогенным, лимфогенным и восходящим (из кишечника)
- Наиболее частые возбудители: кишечная палочка и энтерококк (при восходящем пути инфицирования), стафилококки и стрептококки (при гематогенном и лимфогенном путях инфицирования), вирусы гепатитов В и С

ЭТИОЛОГИЯ

- Паразитарные инвазии - описторхоз, аскаридоз
- Дуоденобилиарный рефлюкс при хроническом дуоденальном стазе - обратный заброс дуоденального содержимого с активированными панкреатическими ферментами приводит к развитию небактериального «ферментативного» «химического» холецистита, застою желчи и способствует проникновению инфекции в желчный пузырь

ЭТИОЛОГИЯ

- Аллергия на пищевые и бактериальные аллергены (токсико-аллергический холецистит)
- Хронические воспалительные заболевания органов пищеварения - способствуют проникновению инфекции в желчный пузырь
- Перенесенный острый холецистит

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- По этиологии и патогенезу:
 1. Бактериальный
 2. Вирусный
 3. Паразитарный
 4. Немикробный («асептический»)
 5. Аллергический
 6. Ферментативный
 7. Невыясненной этиологии

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- Застой желчи, что может быть обусловлено:
 1. Дискинезиями ЖВП, в первую очередь, гипотонически-гипокинетическим вариантом
 2. Ожирением и беременностью - ↑ внутрибрюшное давление → нарушается отток желчи из ЖП
 3. Психоэмоциональными стрессовыми ситуациями
 4. Нарушением питания - редкие приемы пищи → застой желчи в ЖП; употребление жирной и жареной пищи → спазм сфинктера Одди → гипертоническая дискинезия ЖВП; отсутствие или недостаточное содержание в пище растительной клетчатки (способствует опорожнению ЖП)
 5. Гипокинезией
 6. Врожденными аномалиями ЖП (перегибы пузыря, перетяжки в ЖП) и протоков

ПРЕДРАСПОЛГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- Рефлекторные влияния со стороны органов брюшной полости при развитии в них воспалительного процесса
- Дисбактериоз кишечника - создает благоприятные условия для проникновения инфекции восходящим путем в ЖП
- Нарушения обмена веществ, способствующие изменению физико-химических свойств и состава желчи (ожирение, СД, гиперлиппротеинемии, подагра)
- Наследственная отягощенность в отношении хронического холецистита

ПАТОГЕНЕЗ ВЛИЯНИЕ ВНС И ГОРМОНОВ НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖП

Стимулируют сокращение ЖП,
расслабляют сфинктер Одди,
способствуют опорожнению
желчного пузыря

Расслабляют ЖП, повышают
тонус сфинктера Одди,
способствуют к накоплению
желчи в ЖП

Парасимпатическая нервная
система
Холецистокинин
Гастрин
Глюкагон

Симпатическая нервная
система
ВИП
Энкефалины
Тиреоидные гормоны

Гиперактивность

Гиперактивность

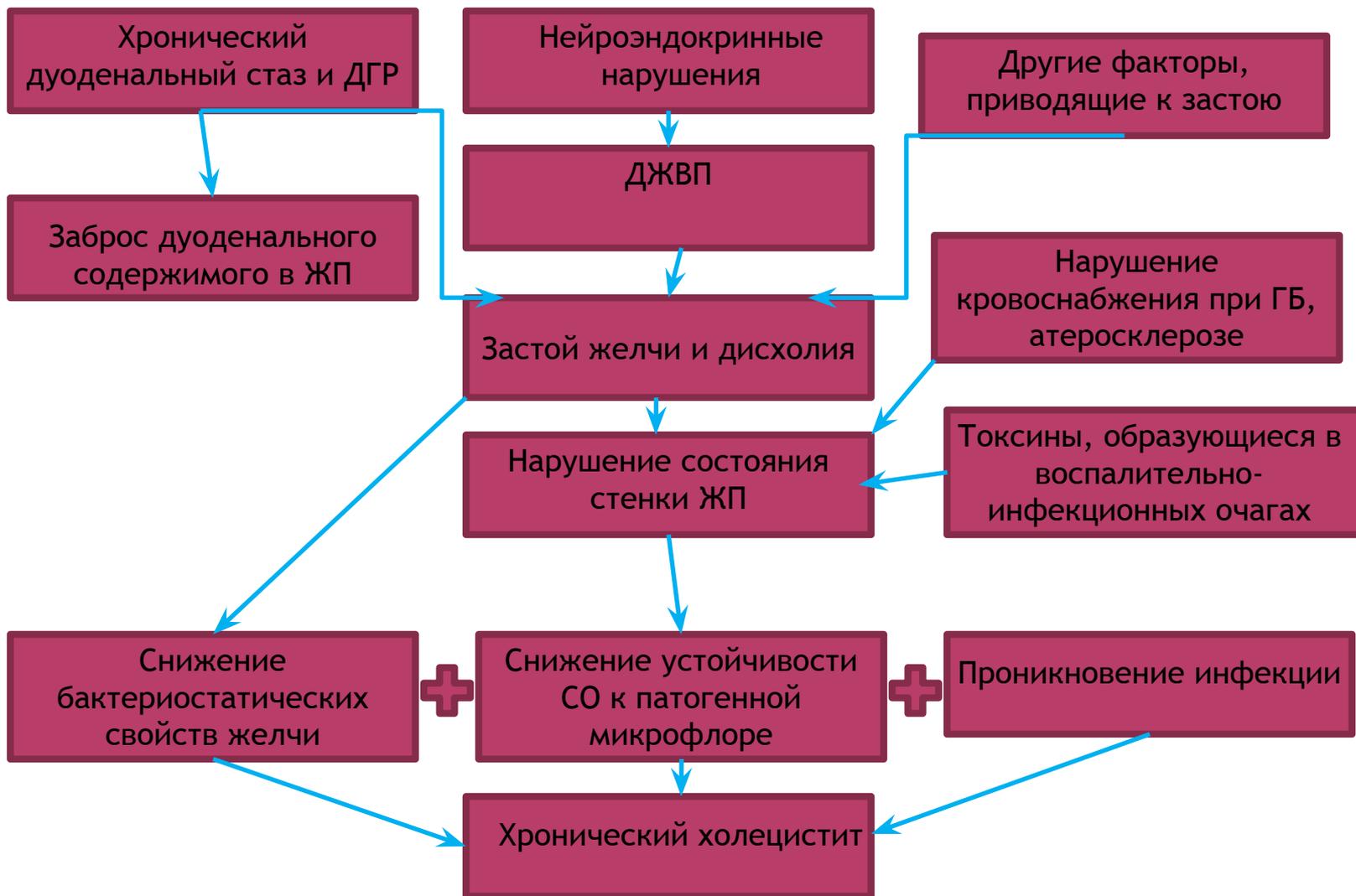


Гипертоническая дискинезия
ЖВП



Гипотоническая дискинезия
ЖВП

ПАТОГЕНЕЗ



ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТИТ

- Это хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря, которое возникает в результате наличия конкрементов в желчном пузыре

ЭТИОЛОГИЯ

- Наследственность
- Стеатоз печени и нарушения жирового обмена
- Обменные нарушения (ожирение)
- Высокоминерализованные воды
- Врожденные и приобретенные деформации и дискинезии желчного пузыря

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ

- Женский пол и применение оральных контрацептивов
- Возраст старше 40 лет
- Наследственная предрасположенность
- Ожирение
- Высококалорийная и богатая холестерином пища с низким содержанием пищевых волокон
- Гипертриглицеридемия
- Быстрая потеря веса
- Сахарный диабет
- Гипокинезия желчного пузыря

ПАТОГЕНЕЗ

- Ведущий фактор образования холестериновых желчных камней - **перенасыщение желчи холестерином**
- Причины:
 1. Снижение доли урсодезоксихолевой кислоты в желчи
 2. Наличие в желчи субстанций (гликопротеидов), способствующих кристаллизации, формированию кристаллов моногидрата холестерина
 3. Нарушение (задержка) опорожнения желчного пузыря

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ⦿ Боли:
- ✓ Локализация - в правом подреберье, иногда - в эпигастрии
- ✓ Связь с приемом пищи - после обильной еды, жирного, жареного, острого, слишком холодной или горячей пищи, газированных напитков, алкоголя
- ✓ Характер - при сопутствующей гипотонической ДЖВП - тупые, постоянные, ноющие, ощущение тяжести; при гипертонической ДЖВП - приступообразные, интенсивные
- ✓ Иррадиация - в правое плечо, лопатку, ключицу, поясничную область

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Диспептические жалобы:
- ✓ Рвота, после которой наступает облегчение, уменьшаются боли и ощущение тяжести в правом подреберье → при гипотонической ДЖП; или после которой усиливаются боли → при гипертонической ДЖП
- ✓ Тошнота
- ✓ Ощущение горечи во рту, отрыжка горьким (более характерно для гипертонической ДЖП)
- ✓ Метеоризм
- ✓ Запоры и поносы
- Повышение температуры тела до субфебрильных цифр

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Холестатический синдром (часто при калькулезном холецистите):
 1. Желтуха
 2. Кожный зуд
 3. Потемнение мочи
 4. Светлый кал

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- Эзофагалгическая форма - упорная изжога, сочетающаяся с тупой болью за грудиной, после обильной еды иногда возникает ощущение «кола» за грудиной
- Кишечная форма - вздутие живота, малоинтенсивная боль по всему животу, склонность к запорам
- Кардиалгическая форма - тупая боль в области сердца после еды, особенно жареной и жирной, сочетающаяся с экстрасистолией
- Субфебрильный вариант - субфебрильная температура тела, познабливание, симптомы интоксикации
- Неврастенический вариант - эмоциональная лабильность, тревожность, бессонница, симптомы ВСД (колющие боли в сердце, сердцебиение)
- Диэнцефальный вариант - пароксизмы тремора, лабильность АД, преходящая пароксизмальная тахикардия, неустойчивый стул, частые позывы к мочеиспусканию
- Аллергический вариант - симптомы холецистита с коликоподобными приступами, крапивница, отек Квинке, БА

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

- Осмотр - субиктеричность склер и кожи
- Пальпация
- ✓ Симптом Кера - локальная болезненность в зоне расположения желчного пузыря (пересечение наружного края правой прямой мышц живота с правой реберной дугой) при глубокой пальпации
- ✓ Симптом Мерфи - болезненность при пальпации в области ЖП при глубоком вдохе
- ✓ Симптом Ортнера - появление боли при покалывании правой реберной дуги ребром ладони
- ✓ Болезненность в точке Мюсси-Георгиевского (между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы)

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ОАК - только при выраженном обострении с лихорадкой - ↑ лейкоцитов со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ↑ СОЭ
- Б/хАК - при возникновении холестаза - ↑ прямого билирубина, ЩФ, ГГТП, холестерина

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ⦿ Дуоденальное зондирование - признаки хронического холецистита - обнаружение в порции В (пузырная желчь):
 - ✓ Большое количество лейкоцитов
 - ✓ Помутнение, хлопья, слизь
 - ✓ Большое количество клеток цилиндрического эпителия
 - ✓ Снижение рН желчи
 - ✓ Кристаллы холестерина и кальция билирубината
 - ✓ Снижение относительной плотности желчи
 - ✓ Бактериологическое исследование желчи

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- УЗИ желчного пузыря - признаки холецистита:
 - ✓ Утолщение стенки
 - ✓ Уплотнение стенки (повышение эхогенности)
 - ✓ Неравномерность и деформация контура
 - ✓ Негомогенность содержимого
 - ✓ При пробе с желчегонным завтраком - сократительная функция ЖП снижена
 - ✓ Наличие камней при калькулезном холецистите

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОНКРЕМЕНТОВ ЖП

- Обзорная рентгенография - выявление кальцифицированных камней (холестериновые камни рентгеннегативные)
- Чрескожная чреспеченочная холангиография
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография - диагностика холангиолитиаза
- МР-холангиография - диагностика осложнений ЖКБ (холангиолитиаз, стриктуры ЖП)

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Среднетяжелое течение
- Тяжелое течение
- Неэффективность амбулаторной терапии
- Частые обострения

ЛЕЧЕНИЕ

- Диета - дробное питание 5 раз в день, исключаются: алкоголь, жирные сорта мяса и рыбы, жареное, острое, копченое, пряности, уксус, консервы, газированные напитки

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Антибактериальная терапия при обострении - фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг 2 р. в д), макролиды (кларитромицин 0,5 г 2 р. в д.), цефалоспорины (цефазолин 2-4 г/сут) на 7-10 дней
- Антипаразитарная терапия - метронидазол 0,25 г 3 р. в д.
- Купирование болевого синдрома: но-шпа 2% 2-4 мл, баралгин 5 мл, атропина гидрохлорид

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ⦿ Нормализация моторной функции желчного пузыря и ЖВП
 1. При гиперкинетическом типе дискинезии - миотропные спазмолитики (мебеверина гидрохлорид 200 мг 2 р. в д., курс 14 дней - 1 месяц)
 2. При гипокинетическом типе дискинезии - прокинетики (итоприда гидрохлорид по 1 таб 3 р. в д., тримебутин 100 мг 3 р. в д., курс 30 дней)
- ⦿ Гимекромон (одестон) - спазмолитик сфинктера Одди (улучшает отток желчи) 200 мг 3 р. в д., курс 14 дней

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Профилактика холедохолитиаза (1 раз в год 30 дней) - УДХК в суточной дозе 10 мг/кг

ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЖКБ

- Урсодезоксихолевая кислота 10-15 мг/кг 6-12 месяцев
- Показания к литолитической терапии:
 1. Клинические:
 - Отсутствие желчных колик или редкие приступы
 - Отсутствие нарушений проходимости внепеченочных желчных протоков
 - При несогласии больного на холецистэктомию с целью стабилизации процесса камнеобразования
 2. Ультразвуковые:
 - Размеры одиночного конкремента не более 1 см
 - Гомогенная, низкоэхогенная структура камня
 - Округлая или овальная форма конкремента
 - Поверхность конкремента, близкая к ровной, или в виде тутовой ягоды (исключаются конкременты с полигональной поверхностью)
 - Слабая (плохо заметная) акустическая тень позади конкремента
 - Диаметр акустической тени меньше диаметра конкремента
 - Медленное падение конкремента при перемене положения тела
 - Множественные мелкие конкременты с суммарным объемом менее $\frac{1}{4}$ объема ЖП натощак
 - Коэффициент опорожнения ЖП не менее 30-50%

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. Традиционная (стандартная, открытая) холецистэктомия
2. Операции малых доступов (видеолапароскопическая и открытая лапароскопическая из мини-доступа)
3. Экстракорпоральная ударноволновая литотрипсия

УСЛОВИЯ ДЛЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО- ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

- Функционирующий ЖП (коэффициент опорожнения после желчегонного завтрака не менее 50%)
- Проходимые желчные пути
- Рентгенпрозрачные камни или конкременты со слабой акустической тенью
- Суммарный объем камней не более $\frac{1}{2}$ объема ЖП натощак
- Размеры камней не более 3 см и не менее 1 см
- Отсутствие полостных образований по ходу ударной волны
- Отсутствие коагулопатии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭУВЛ

- Наличие коагулопатии
- Проводимая антикоагулянтная терапия
- Наличие полостного образования по ходу ударной волны

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

- Холедохолитиаз с наличием крупных и/или мелких камней, занимающий 1/3 объема ЖП
- Независимо от размеров с частыми приступами
- Сниженная сократительная функция ЖП (коэффициент опорожнения после желчегонного завтрака < 30%)
- Отключенный ЖП
- В сочетании с холедохолитиазом