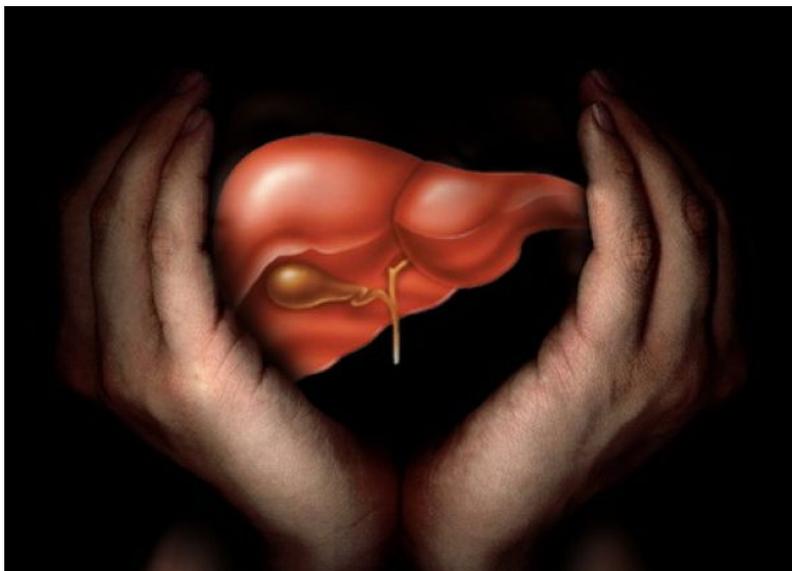


ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава
России

Кафедра факультетской терапии

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТИТ



Доцент кафедры
Соловьева А.В.

2016

Хронический холецистит

- хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря,
- является исходом перенесенного острого холецистита, но может с самого начала протекать как хронический процесс.
- воспалительно-рубцовый процесс охватывает все слои стенки желчного пузыря. Она постепенно склерозируется, утолщается, местами в ней отлагается известь.
- Желчный пузырь уменьшен и спайками сращен с соседними органами; спайки деформируют желчный пузырь и нарушают его функцию, что создает условия для поддержания воспалительного процесса и его периодических обострений.

Предрасполагающие факторы

1. Застой желчи:
 - дискинезии желчевыводящих путей,
 - ожирение и беременность,
 - стрессы,
 - нарушение режима питания,
 - недостаточное содержание в пище грубой растительной клетчатки,
 - гипокинезия,
 - врожденные аномалии желчного пузыря
2. Рефлекторные влияния со стороны органов брюшной полости при развитии в них воспаления.
3. Дисбактериоз кишечника.
4. Нарушения обмена веществ, способствующие изменению физико-химических свойств и состава желчи (ожирение, сахарный диабет, подагра и др.).
5. Наследственная отягощенность

Этиология

ИНФЕКЦИЯ

- кишечная палочка,
- стрептококк,
- стафилококк,
- энтерококк.
- смешанная микрофлора.
- вирусы гепатита В и С.

ЗАСТОЙ ЖЕЛЧИ

Инфекция проникает в желчный пузырь тремя путями:

гематогенным - из большого круга кровообращения по печеночной артерии,

лимфогенным - по лимфатическим путям из кишечника, половой сферы, печеночных и внутрипеченочных путей.

восходящим - из кишечника. Этому способствуют желудочная гипосекреция, недостаточность сфинктера Одди и т.д.

Патогенез хронического холецистита



Классификация хронического холецистита по А.М. Ногаллеру:

По степени тяжести:

- а) легкая,
- б) средней тяжести,
- в) тяжелая форма.

По наличию осложнений:

- а) не осложненный,
- б) осложненный.

По стадиям заболевания:

- а) обострения,
- б) стихающего обострения,
- в) ремиссии (стойкой и нестойкой).

По характеру течения:

- а) рецидивирующий,
- б) монотонный,
- в) перемежающийся.

Степени тяжести хронического холецистита

легкая

- обострения 1-2 раза в год,
- продолжительность обострения не более 2-3 недель.
- Диспепсические явления отсутствуют.
- Функция печени, как правило, не нарушена.

средняя

- стойкий болевой синдром.
- Часто беспокоят тошнота, изжога, металлический вкус во рту, может быть рвота пищей на высоте болей, желчью, отрыжка.
- синдром кишечной диспепсии (метеоризм, чередование запоров и поносов).
- Нередко отмечается ↓ работоспособности, раздражительность, бессонница.
- Обострения бывают чаще (5-6 раз в год), длительные.

тяжелая

- резко выражен болевой синдром и диспепсические явления,
- отмечаются частые (1-2 раза в месяц и чаще) и продолжительные желчные колики.
- Медикаментозная терапия малоэффективна.
- Не редко развиваются осложнения (перихолецистит, холангит, перфорация желчного пузыря, водянка пузыря, эмпиема).

Осложнения хронического холецистита:

- перихолецистит,
- холангит,
- перфорация желчного пузыря,
- водянка,
- эмпиема желчного пузыря,
- образование камней,
- вторичные изменения печени;
- атрофический дуоденит;
- хронический панкреатит.

Клиническая картина

- болевой,
- диспепсический,
- воспалительный,
- нарушение функции кишечника,
- нарушение липидного обмена,
- холестатический,
- вовлечение в процесс других органов и систем.



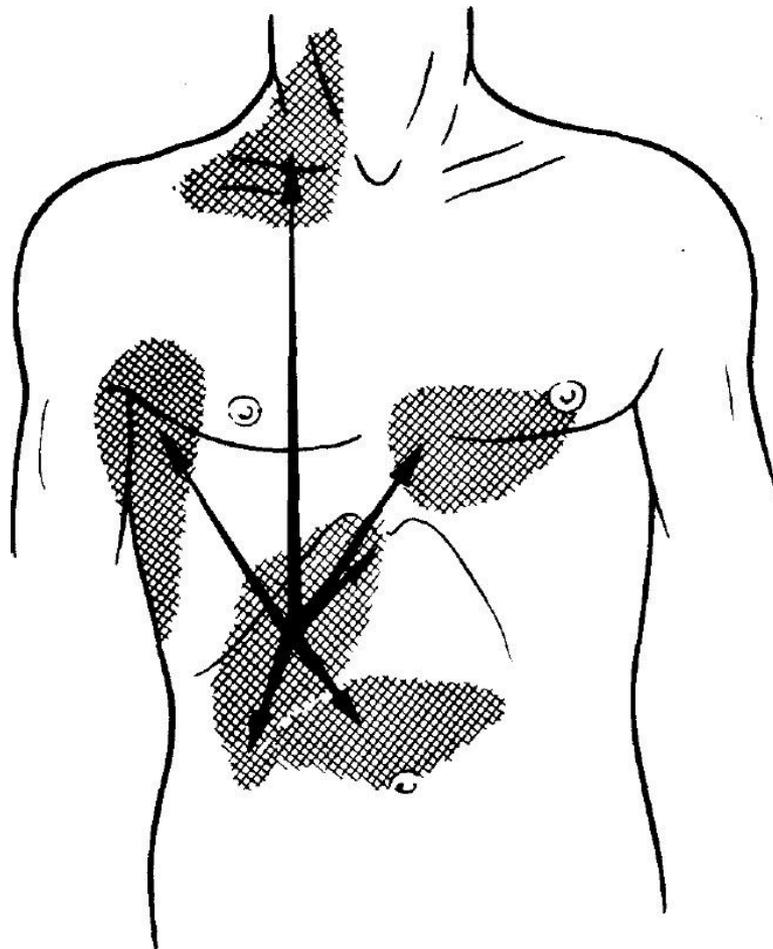
Характеристика болевого синдрома

1. Локализация - в правом подреберье, иногда или появляются только в местах типичной иррадиации. Могут быть боли в области спины.
2. Характер - при ХБХ боли тупые, терпимые. При калькулезном - резкие нестерпимые боли.
3. Длительность – несколько часов, дней.
4. Иррадиация в лопатку, правое плечо, область шеи справа.

Характеристика болевого синдрома

5. Возникают через 40-90 мин после еды, особенно обильной и богатой жирами, а также после тряской езды и длительного ношения тяжестей. Нередко боли возникают или усиливаются при длительном пребывании в положении сидя.
6. Исчезают от местного применения тепла, спазмолитиков.
7. Сопровождаются изжогой, тошнотой, отрыжкой воздухом и пищей.
8. У 85% больных боль отличается монотонностью, лишь у 10-15% наблюдаются редкие, сравнительно малоинтенсивные приступы желудочной колики

Возможная иррадиация боли при холецистите



- **Диспепсический синдром** возникает в результате забрасывания желчи в желудок. Появляется ощущение горечи во рту, иногда тяжесть в эпигастрии, присоединяется тошнота, рвота. Может быть изменение аппетита, плохая переносимость жирной пищи и алкоголя.
- **Воспалительный синдром:** повышение температуры тела, связанное с развитием воспаления желчного пузыря.
- **Нарушение функции кишечника.** Склонность к метеоризму, иногда непереносимость молочной диеты, частые поносы, реже запоры.

Положительные пальпаторные симптомы

- **Кера.** Болезненность при пальпации области желчного пузыря.
- **Мерфи.** Болезненность при пальпации желчного пузыря в положении сидя на вдохе.
- **Мюсси-Георгиевского.** Болезненность между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.
- **Лепене.** Болезненность при поколачивании по правому подреберью.
- **Грекова-Ортнера.** Болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.



Маски хронического холецистита:

«желудочно-кишечная маска»

«кардиальная»

«невротическая»

«ревматическая»

«тиреотоксическая»

Диагностика

хронического холецистита

1. Общий анализ крови.
2. Неспецифические маркеры воспаления - появление С-реактивного белка, увеличение альфа-2-глобулинов, увеличение сиаловых кислот.
3. Общий анализ мочи.
4. Копрологическое исследование.
5. Биохим.анализ крови – холестерин, билирубин, γ -ГТП, ЩФ, амилаза, АСТ, АЛТ.

Диагностика хронического холецистита

6. Дуоденальное зондирование.
7. Рентгенологическое исследование (пероральной холецистография, внутривенная холецистохолангиография).
8. Фиброгастродуоденоскопия.
9. ретроградная панкреатохолангиография .
10. Ультразвуковая диагностика.
11. Консультация хирурга.

Фазы дуоденального зондирования

Первая фаза, или холедохус-фаза, длится 10-15 мин, изливается 15-20 мл содержимого общего желчного протока и ДПК.

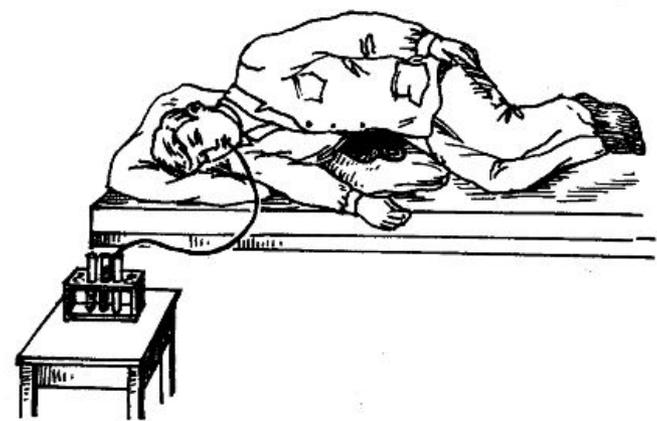
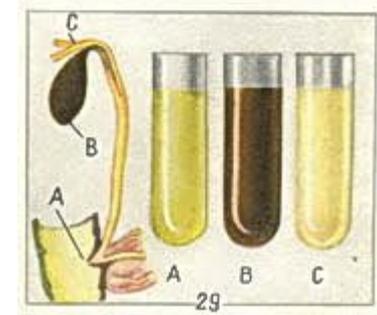
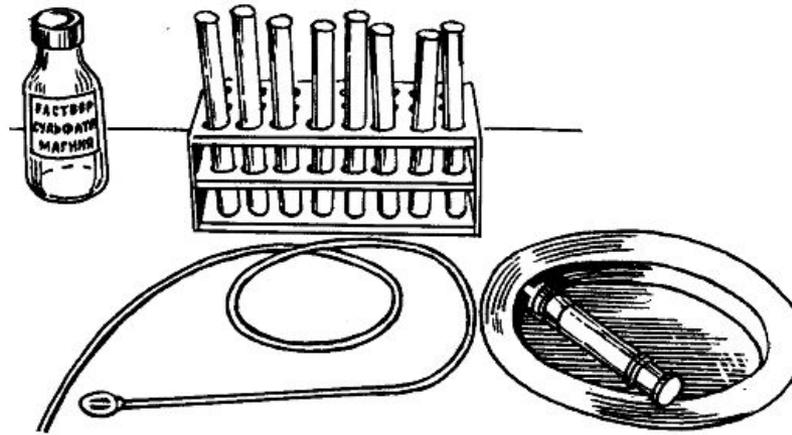
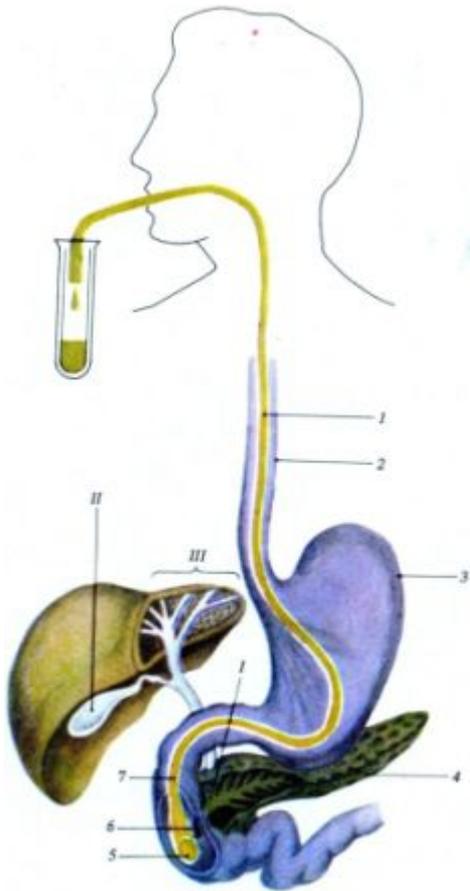
Продолжительность второй фазы, или фазы закрытого сфинктера Одди, составляет 3-6 мин; в это время прекращается выделение желчи.

Третья фаза, фаза выделения порции «А», 3-5 мин, выделяется 3-5 мл светло-желтой желчи. Она начинается с момента открытия сфинктера Одди и заканчивается открытием сфинктера Люткенса.

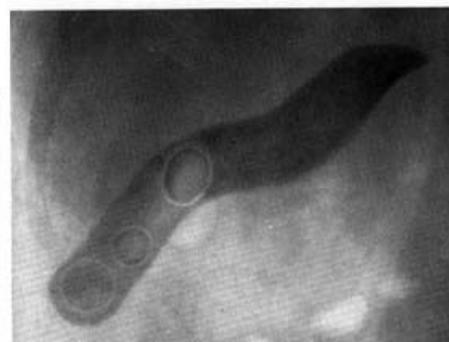
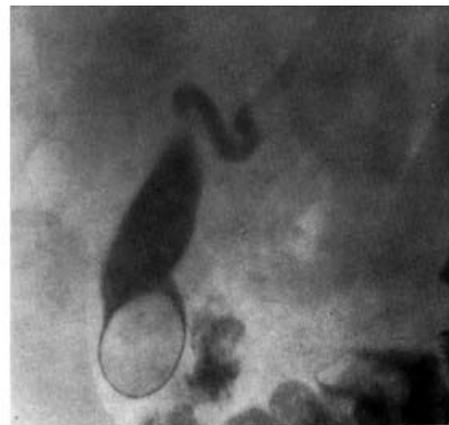
Четвертая фаза, пузырьная фаза выделения желчи порции «В», с момента открытия сфинктера Люткенса и опорожнения желчного пузыря - появления темно-оливковой порции «В»-желчи. В норме 30-50 мл порции «В» желчи, время выделения 20-30 мин.

Пятая фаза - печеночная, фаза «С» порции желчи - от окончания выделения «В» порции желчи длится обычно 10-20 мин, в течение которой выделяется 10-30 мл янтарно-желтой желчи.

Дуоденальное зондирование



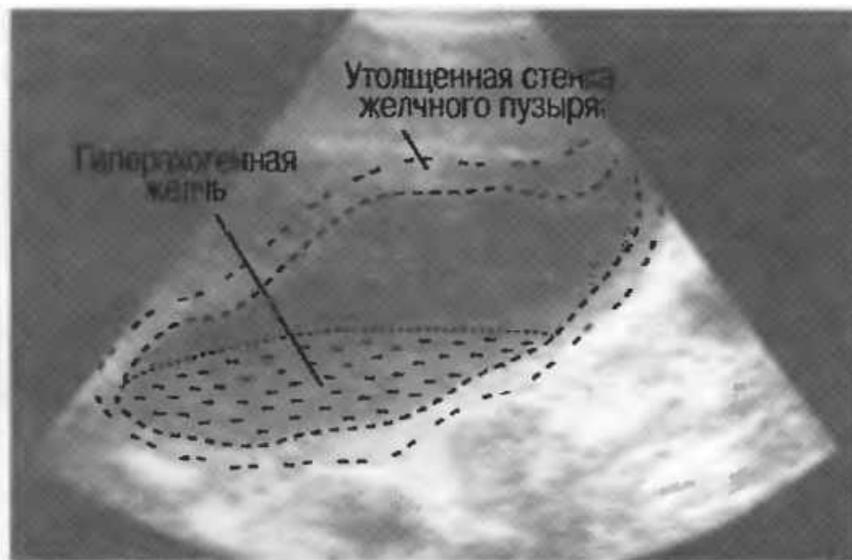
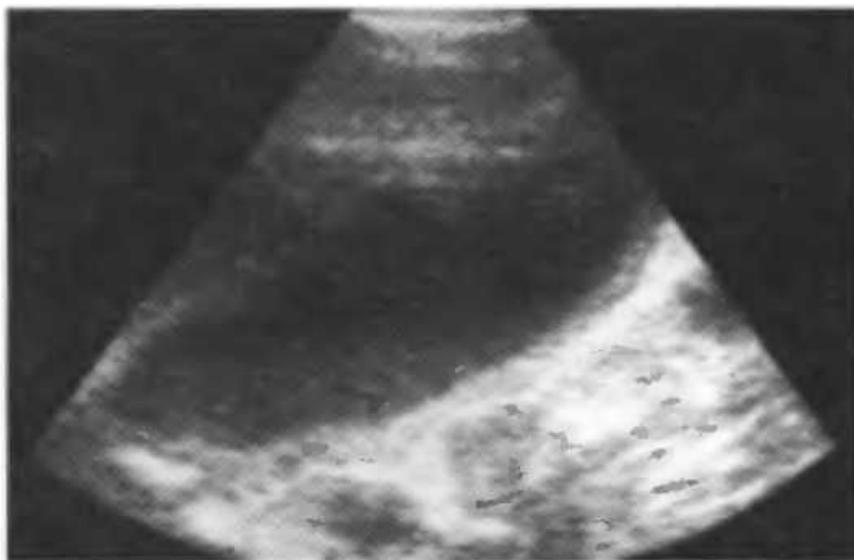
Конкременты в желчном пузыре на холецистограммах



Нормы УЗИ

- длина ЖП 60–100 мм,
- ширина ЖП 30–50 мм,
- толщина стенок — не более 3 мм,
- общий желчный проток составляет 6-8 мм.

УЗИ-диагностика



УЗИ-диагностика



УЗИ-диагностика



Лечение хронического бескаменного холецистита

- Режим, лечебное питание.
- Антибактериальная терапия.
- Обезболивающая терапия.
- Координация нарушений функции ЖП, сфинктерного аппарата желчеотделения.
- Коррекция нарушений пищеварения.
- Дезинтоксикационная терапия.
- Иммуномодулирующая терапия.
- Витаминотерапия.
- Физиотерапия.
- Решение вопроса о целесообразности оперативного лечения.

Особенности диеты при хроническом холецистите

Лечебное питание при хроническом холецистите направлено на улучшение желчевыделительной функции, препятствующее застойным явлениям. При данной форме заболевания показано потребление жидкости не менее 2-3 л в день (некрепкий чай, отвар шиповника, компоты).

Рекомендуемые блюда:

- овощные бульоны или супы;
- паровые белковые омлеты;
- нежирные сорта мяса или рыбы;
- овощи (морковь, картофель, огурцы, свекла, кабачки, капуста, баклажаны, помидоры);
- молочные продукты (кефир, нежирный творог, йогурты).

Ограничено потребление

- жирной,
- острой или пряной пищи,
- грибов,
- бобовых,
- копченых продуктов,
- шоколада, кофе,
- алкогольных напитков.

Антибактериальная терапия

- эритромицин внутрь, первая доза 400-600 мг, затем 200-400 мг 4 раза в сутки,
- доксициклина гидрохлорид - по 0,05-0,1 г 2 раза в сутки,
- метациклина гидрохлорид - 0,3 г 2-3 раза в сутки,
- Офлоксацин и ципрофлоксацин - по 500-750 мг 2 раза в сутки,
- Фуразолидон назначают по 0,05 г 4 раза в сутки,
- Фазижин (тинидазол) (2 г однократно)- лямблии
- Метронидазол по 0,25 г 3 раза в день – лямблии

Купирование болевого синдрома

Антихолинэргические средства

М-холиноблокаторы
(препараты красавки, платифиллин, метацин).

Неселективные миотропные спазмолитики -
дротаверин (но-шпа).

Селективные миотропные спазмолитики
дюспаталин (мебеверин).

Комбинированные лекарственные средства:
анальгетики+неселективные спазмолитики (баралгин, спазган, спазмалгон).

ОДЕСТОН (гимекромон)



желчегонный
лекарственный
препарат, который
оказывает также
спазмолитическое
действие, то есть
способствует
расслаблению гладкой
мускулатуры
желчевыводящих
путей
(спазмолитическое
действие).

ОДЕСТОН

Показания:

1. дискинезия желчевыводящих путей и сфинктера Одди по гиперкинетическому типу;
2. некалькулезный хронический холецистит, холангит, холелитиаз;
3. состояние после оперативных вмешательств на желчном пузыре и желчных путях;
4. снижение аппетита, тошнота, запор, рвота (на фоне гипосекреции желчи).

Тримедат (тримебутин)

- действует на энкефалинергическую систему кишечника, оказывает стимулирующее действие при гипокинетиических состояниях гладких мышц и спазмолитическое — при гиперкинетиических.
- восстанавливает нормальную физиологическую активность мускулатуры кишечника при различных заболеваниях пищеварительной системы
- действует на всем протяжении ЖКТ, снижает давление сфинктера пищевода,
- способствует опорожнению желудка и усилению перистальтики кишечника, ответной реакции гладких мышц толстой кишки на пищевые раздражители.



Лечение диспепсического синдрома

При наличии рвоты
показано введение
церукала в/в, в/м по 2 мл,
или мотилияума 10 мг внутрь



Коррекция нарушений пищеварения

Препараты панкреатина (креон, мезим).

Клиническая классификация желчегонных средств

I. Препараты, стимулирующие желчеобразование — холеретики

1. Увеличивающие секрецию желчи и образование ЖК (истинные холеретики):
 - а) препараты, содержащие желчные кислоты: аллохол, холензим;
 - б) синтетические препараты: никодин, оксафенамид, циквалон;
 - в) препараты растительного происхождения: бессмертник песчаный, кукурузные рыльца, мята перечная, пижма обыкновенная, шиповник.
2. Препараты, увеличивающие секрецию желчи за счет водного компонента (гидрохолеретики): минеральные воды - Ессентуки № 4 и 17, Славяновская, Смирновская, Боржоми.

Клиническая классификация желчегонных средств

II. Препараты, стимулирующие желчевыделение - холекинетики

холецистокинин, сульфат магния,
атропин, платифиллин, метацин,
эуфиллин, экстракт белладонны,
карловарская соль,
облепиховое и оливковое масло,
сорбит, ксилит,
холосас (из плодов шиповника).

Лечение (продолжение)

- Снижение литогенности желчи – препараты УДХК (урсофальк, урсосан).
- Слепое дуоденальное зондирование при отсутствии камней в желчном пузыре проводится 2 -3 раза в неделю.
- Нормализация функции вегетативной нервной системы - седативные средства, рациональная психотерапия.
- Повышение общей реактивности организма Т-активин, тималин, экстракт элеутерококка, настойка женьшеня.

Лечение вне обострения

В фазе стихающего обострения показано использование физиопроцедур - аппликации парафина, озокерита, торфа, диатермия, индуктотермия.

В фазе ремиссии лечение включает соблюдение диеты, прием желчегонных препаратов, занятие ЛФК, прием минеральных вод, санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах.

Профилактика

- рациональное питание,
- активный образ жизни,
- своевременное лечение заболеваний пищеварительного тракта,
- санация очагов инфекции,
- лечении невротических и обменных нарушений.

**ДИСКИНЕЗИИ
ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
И
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

Дискинезии желчевыводящих путей

(дисфункциональные расстройства билиарного тракта) — это изменения тонуса желчного пузыря, желчных протоков и их сфинктеров, проявляющиеся нарушением оттока желчи в ДПК, сопровождающиеся болями в правом подреберье.

Механизмы развития дискинезий

нарушения вегетативной нервной регуляции (повышение тонуса парасимпатического или симпатического отдела);

нарушения центральной нервной регуляции;

патологические (интерорецептивные) рефлексы с различных отделов пищеварительного тракта;

нарушения гормональной регуляции.

Классификации

1. По локализации:

- а) дисфункция желчного пузыря;
- б) дисфункция сфинктера Одди.

2. По причинной обусловленности:

- а) первичные;
- б) вторичные.

3. По функциональному состоянию:

- а) гипотонически-гипокинетическая форма;
- б) гипертонически-гиперкинетическая форма.

Клиника гипотонически-гипокинетической формы

- чувство тяжести,
- тупые, длительные боли в области правого подреберья без четкой иррадиации.
- Боли стихают после приема пищи, желчегонных средств, дуоденального зондирования.
- тошнота, горечь во рту, рвота, неустойчивый стул (запоры, реже – поносы).

Клиника гипертонически-гиперкинетической формы

- боли схваткообразные, кратковременные, с типичной иррадиацией.
- Могут быть тошнота, рвота, спастические запоры, признаки ваготонии.

Дисфункция сфинктера Одди

характеризуется рецидивирующими приступами сильных или умеренных болей более 20 минут, повторяющихся в течение более 3 месяцев и локализующихся:

- в эпигастрии или правом подреберье с иррадиацией в спину и правую лопатку (билиарный тип);
- в левом подреберье с иррадиацией в спину, уменьшающиеся при наклоне вперед (панкреатический тип);
- опоясывающие (сочетанный тип).

Боль может сочетаться со следующими признаками: начало после приема пищи; появление в ночные часы; тошнота и/или рвота.

Диагностика ДЖВП

- ОАК - в норме
- УЗИ брюшной полости
- Рентгенологические методы исследования
- Фракционное дуоденальное зондирование

Дифференциальная диагностика дискинезий желчевыводящих путей

Признаки	Гипертонически-гиперкинетическая дискинезия	Гипотонически-гипокинетическая дискинезия
Боль в правом подреберье	Кратковременная, внезапная, коликообразная, острая с иррадиацией в правую лопатку или сердечную область	Постоянная, тупая, ноющая, без четкой иррадиации, часто сопровождается тошнотой, горечью во рту, метеоризмом, плохим аппетитом
Вазомоторный и нейровегетативный синдромы	Наблюдаются часто	Практически не характерны
Пальпаторная болезненность в области желчного пузыря	Выражена	Менее выражена
Эффект дуоденального зондирования (или тюбажа)	Отрицательный	Положительный
выделение порции «В»-желчи	выделение порции «В»-желчи стремительное, кратковременное (10-15 мин), сопровождается болью	выделение порции «В»-желчи медленное, нередко лишь после повторного раздражителя - 60 и более мин
Объем желчного пузыря (по количеству порции «В»-желчи и данным холецистографии)	Не превышает 15-20 см ³	Достигает 100 и более см ³
Коэффициент опорожнения желчного пузыря	Более 30%	Менее 20%
Цвет желчи и ее микроскопия	Без особенностей	Насыщение темного цвета, при микроскопии - кристаллы холестерина, билирубина и кальция
Содержание билирубина в порции «В»-желчи	В норме	Может быть повышено
Эффект холиноблокаторов и тепла	Хороший	Плохой
Средства холецистокинетического действия	Нередко отрицательный эффект	Положительный эффект

Лечение гипотонически-гипокинетической дискинезии :

- диету, богатую пищевыми волокнами и растительным маслом, с увеличением продуктов, обладающих холекинетическим действием;
- тюбажи («слепой тюбаж»);
- дуоденальное зондирование с интрадуоденальным введением минеральной воды;
- лечебную физкультуру;
- холеретики и холекинетики;
- регуляторы моторики (церукал, домперидон);
- питьевое лечение минеральными водами.

Лечение гипертонически-гиперкинетической дискинезии:

- диету с ограничением продуктов, обладающих холекинетическим действием;
- тепловые процедуры;
- аналгетики;
- препараты, обладающие холеспазмолитическим действием:
- спазмолитическую терапию;
- питьевое лечение минеральными водами (воды малой минерализации) по специальным методикам.

Профилактика дисфункциональных расстройств билиарного тракта:

рациональное питание с индивидуально отработанным режимом приема пищи;

уменьшение психо-эмоциональных влияний на ЖКТ;

лечение хронических заболеваний других органов для устранения интерорецептивных рефлексов с них.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

