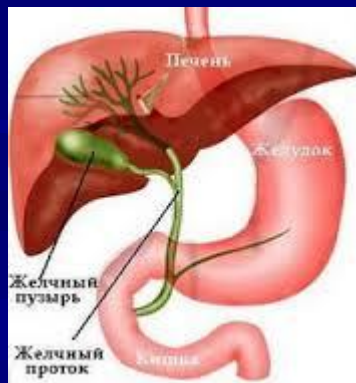


БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра факультетской терапии

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ



2020 год

Определение

Хронический холецистит (ХХ)

– хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с дискинезиями желчевыводящих путей (ДЖВП) и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи

Пузырной проток

Шейка

Спиральная заслонка Хайстера

Карман Хартмана

Печеночные протоки

Тело

Печеночные протоки

Дно

Общий
печеночный
проток

Большой сосочек
двенадцати-
перстной кишки

Панкреатический
проток

Фатерова ампула

Сфинктер Одди

Двенадцатиперстная кишка



Эпидемиология

- ХХ и ДЖВП страдают 20-25% населения
 - почти каждая 4-я женщина и каждый 10-й мужчина
- женщины болеют чаще мужчин в 3-4 раза

Этиология

- Бактериальная инфекция - кишечная палочка, энтерококки, стафилококки, стрептококки, НР ?
- Вирус гепатита А – в 10% случаев
- Смешанная микрофлора
- Паразитарная инвазия (описторхоз, лямблии) – вторична?

Предрасполагающие факторы

1. Застой желчи, к которому приводят:

- нарушение режима питания
- психоэмоциональные факторы
- гиподинамия
- ожирение
- беременность (частые роды)
- запоры
- органические нарушения путей оттока желчи

2. Дисбактериоз кишечника -

избыточная бактериальная
контаминация кишечника (избыточный
рост микрофлоры кишечника)

3. Нарушения обмена веществ,

способствующие изменению
химического состава желчи (ожирение,
сахарный диабет и др.)

4. Повреждение стенок желчного

пузыря (ЖКБ, заброс
панкреатического сока)

5. Аллергические и

иммуновоспалительные реакции



Патогенез



Классификация ХХ (Я.С.Циммерман)

I. По этиологии

- Бактериальный
- Вирусный
- Паразитарный
- Немикробный («асептический»)
- Аллергический
- «Ферментативный»
- Невыясненной этиологии

II. По клиническим формам

1. Хронический бескаменный холецистит

а) с преобладанием воспалительного процесса

б) с преобладанием дискинетических явлений

2. Хронический калькулезный холецистит

III. По типу дискинезий

1. Нарушение сократительной функции желчного пузыря

а) гиперкинез с гипертонусом

б) гипокинез с гипотонусом

2. Нарушение тонуса сфинктеров желчевыводящих путей (чаще всего гипертонус сфинктера Одди)

IV. По характеру течения

- Редко рецидивирующий
- Часто рецидивирующий
- Постоянного (монотонного) течения
- Атипичного течения

V. По фазам заболевания

- Фаза обострения
- Фаза затухающего обострения
- Фаза ремиссии

VI. По степени тяжести

- Легкая
- Средней тяжести
- Тяжелая

VII. Осложнения

- Реактивный панкреатит
- Реактивный гепатит
- Перихолецистит
- Холангит
- Водянка, эмпиема, перфорация желчного пузыря
- Хронический дуоденит
- Дуоденальный стаз
- Дуодено-гастральный рефлюкс желчи

Основные клинические синдромы

1. Болевой

- Боль локализуется в правом подреберье
- Иррадиирует в правую лопатку, ключицу, плечо
- Возникает при нарушении диеты (употребление жирной, жареной, холодной пищи, газированных и спиртных напитков), при физической нагрузке, стрессе

Болевой синдром при ХХ



2. Диспепсический

- отрыжка
- горечь во рту
- тошнота, рвота желчью
- метеоризм

3. Воспалительный синдром

При обострении ХХ может быть повышение температуры тела

4. Кишечный синдром

- неинтенсивная боль по всему животу
- вздутие живота
- склонность к запорам
- при обострении ХХ – жидкий стул

5. Холестатический синдром

(при закупорке желчного протока слизью или камнем)

- кожный зуд
- желтуха

6. Холецисто-кардиальный синдром (С.П.Боткин)

У 25-50% больных могут быть

- боли в области сердца рефлекторного характера
- экстрасистолия
- изменения на ЭКГ (отрицательный зубец Т)

7. Синдром предменструального напряжения

Объективно

При осмотре – может быть

- субиктеричность кожи и склер
- избыточная масса тела



При пальпации – зоны кожной гиперестезии

- в правом подреберье
- под правой лопаткой
- болезненность при пальпации желчного пузыря

Болевые симптомы ХХ

Симптом Кера – болезненность при надавливании в области желчного пузыря (пересечение наружного края прямой мышцы живота с правой реберной дугой) при вдохе в положении больного лежа

Симптом Мерфи –

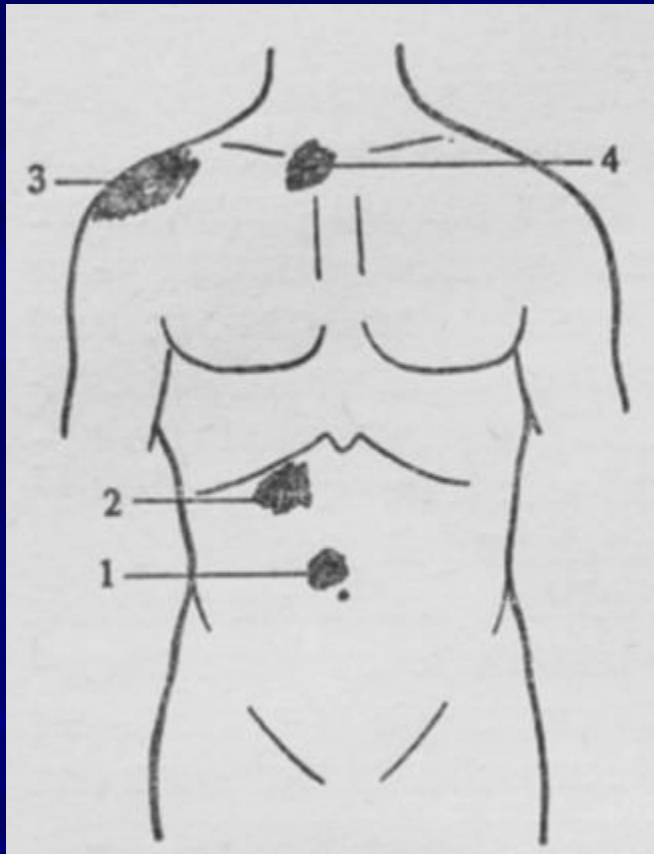
болезненность при пальпации
желчного пузыря на вдохе в положении
больного сидя

Симптом Грекова-Ортнера –
болезненность в зоне желчного
пузыря при поколачивании по
правой реберной дуге

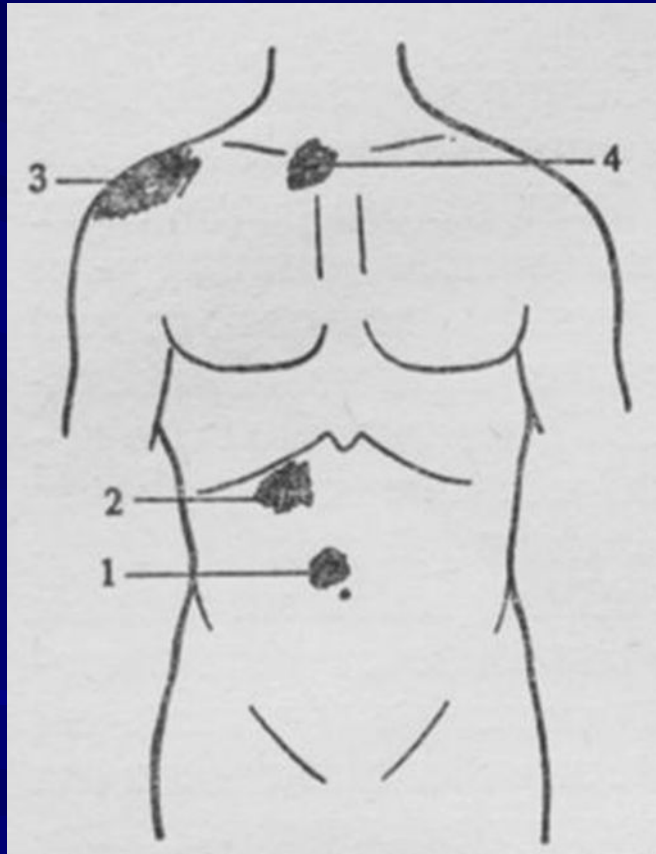
Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) – болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы

- **Симптом Курвуазье** – пальпация увеличенного желчного пузыря – при водянке ж.п., опухоли головки п/ж, закупорке камнем общего пузырного протока

Болевые зоны при ХХ



Болевые зоны при ХХ



- 1- зона Шоффара
- 2-френикус-симптом
- 3-зона правого плеча
- 4-точка желчного пузыря

Лабораторные методы исследования

Общий анализ крови

- лейкоцитоз
- сдвиг лейкоформулы влево
- увеличение СОЭ

Биохимический анализ крови –

Повышение:

- серомукоида, сиаловых кислот, фибриногена, СРБ
- билирубина
- трансаминаз (АСТ,АЛТ)
- холестерина, триглицеридов

Дуоденальное зондирование

Изменения порции В (пузырной желчи)

- При ХХ - мутная, с хлопьями и слизью, содержит большое количество лейкоцитов, эпителия
- большое количество кристаллов холестерина, билирубината кальция - **предрасположенность к холелитиазу**
- при бактериологическом исследовании желчи определяют возбудителя и его чувствительность к антибиотикам

- отсутствие порции В – нарушение сократительной функции желчного пузыря
- увеличение порции В более 50-60 мл – застойные явления в желчном пузыре и гипотоническая дискинезия

Инструментальные методы исследования

УЗИ – ведущий метод диагностики

Характерно:

- утолщение стенки желчного пузыря (более 3 мм)
- неравномерность и деформация контура пузыря
- негетогенность содержимого
- наличие воспалительно-склеротических изменений, камней (ЖКБ)

- **Рентгенологические методы исследования –**
- пероральная холецистография
- внутривенная холеграфия
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (**ЭРХПГ**)
- **КТ и МРТ ОБП**
- нарушение концентрационной способности
- нарушение двигательной функции
- деформация контуров желчного пузыря
- наличие камней, онкопатологии и др.



Дифференциальная диагностика

проводится с:

- язвенной болезнью 12-перстной кишки
- желчнокаменной болезнью
- дискинезиями желчевыводящих путей

Определение

(римские критерии IV, 2016г.)

Функциональные билиарные расстройства представляют собой комплекс клинических симптомов, обусловленных моторно-тонической дисфункцией желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящих путей, прежде всего сфинктера Одди.

Эпидемиология

На сегодняшний день функциональные билиарные расстройства (ФБР) являются довольно частой патологией. Это связано с широкой распространенностью заболеваний билиарной системы, встречающихся у 15% взрослого населения в экономически развитых странах. Среди всех ФБР 12,5% составляет функциональное расстройство желчного пузыря.

Этиопатогенетические механизмы развития ФРЖП

Первичные

Наследственная предрасположенность
(ферментативные дефекты синтеза солюбилизантов желчи, синдром Жильбера)

Врожденная патология
(слабость гладкой мускулатуры ЖП, аномалии строения ЖП)

Конституционная предрасположенность
(астенический тип телосложения или ожирение)

Вторичные

Хронические заболевания ЖКТ, при которых нарушается выработка кишечных гормонов, влияющих на моторику ЖП

Хронические заболевания печени

Хронические воспалительные процессы органов брюшной полости и малого таза: аднексит, киста яичка и др. В ответ на раздражение пораженного органа изменяется чувствительность ЖП

Гормональные расстройства

Первичные

Нарушение регуляции вегетативной нервной системы (дискоординация ЖП)

Пожилой возраст (снижение чувствительности мышц ЖП и сфинктер Одди (СО) к нейрогуморальным стимулам)

Вторичные

Инфекции. Токсины воздействуют на нервно-мышечный аппарат ЖП, вызывая повышенное раздражение

Послеоперационные состояния при холецистэктомии, резекции желудка, кишки, наложении анастомозов, ваготомии

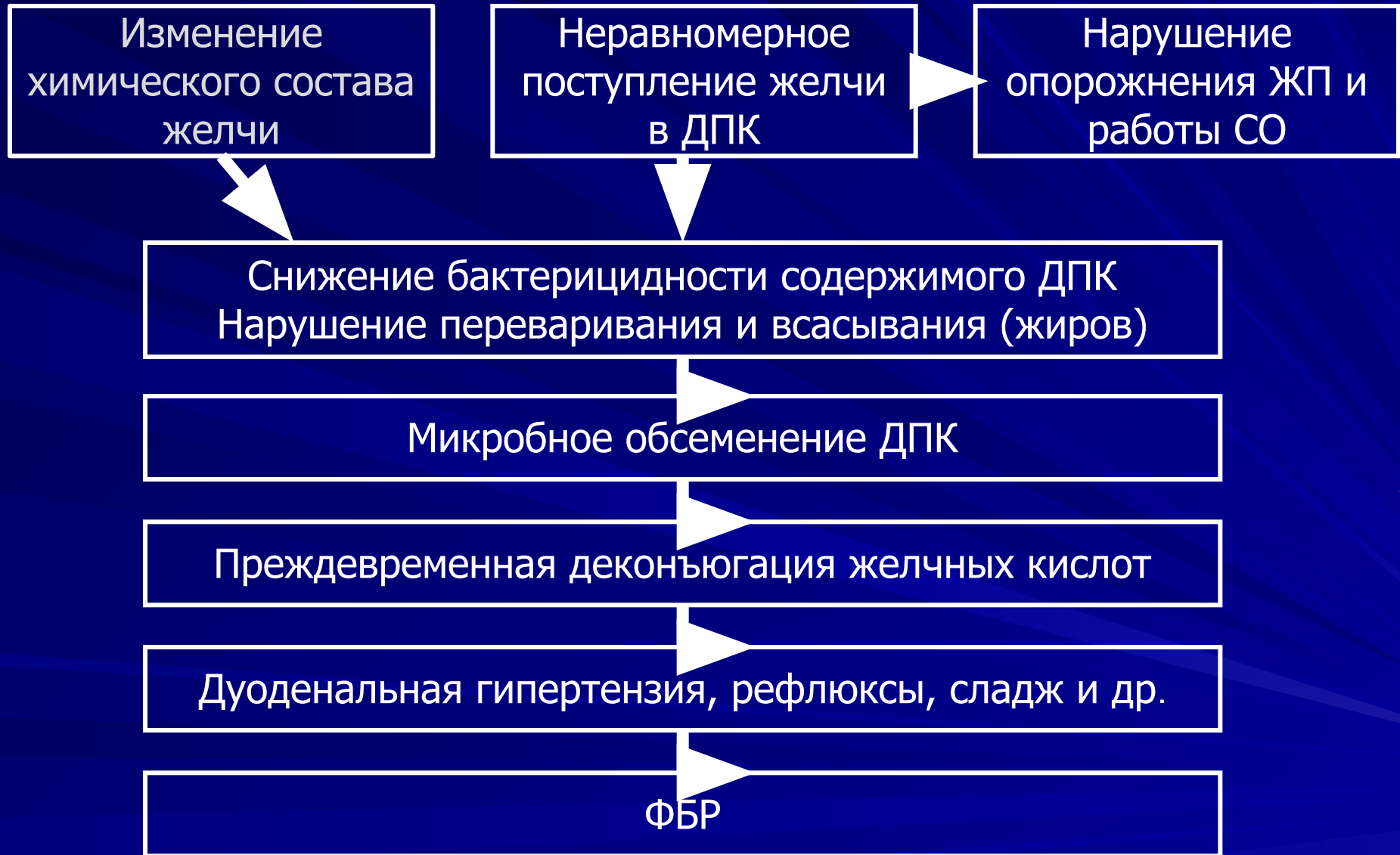
Аллергические заболевания (повышенное раздражение аллергенами нервно-мышечного аппарата ЖП нарушает взаимосвязь между сокращением и расслаблением)

Психоэмоциональные перегрузки (приводят к нарушению вегетативной регуляции)

Гиподинамия (приводит к застою желчи)

Алиментарные нарушения

Механизм развития ФБР



Патологические нарушения при ФРЖП

- нарушение переваривания и всасывания жиров с возникновением стеатореи;
- нарушение всасывания жирорастворимых витаминов;
- развитие кишечной диспепсии в виде диареи, чередующейся с запорами;
- нарушение гепатоэнтеральной циркуляции желчных кислот, приводящее к ухудшению физико-химических свойств желчи, ЖКБ, усугублению нарушения всасывания жиров;
- формирование дуоденальной гипертензии с возникновением дуодено-гастрального рефлюкса, что усугубляет расстройство оттока желчи и панкреатического сока в ДПК и нарушение всасывания жиров.

Клинические синдромы ФРЖП:

1. Болевой синдром:



При гиперкинезии ЖП: боль приступообразная, интенсивная, в эпигастрии и правом подреберье



При гипокинезии ЖП: постоянная, ноющая, чувство тяжести в правом подреберье, уменьшающаяся после желчегонных средств

2. Диспептический синдром:



При гиперкинезии ЖП: рвота усиливает боль, тошнота, горечь во рту



При гипокинезии ЖП: рвота приносит облегчение, отрыжка горьким, тошнота, запоры, может быть диарея после жирной пищи

3. Астеновегетативный : раздражительность, повышенная утомляемость, головная боль, повышенная потливость

Основные признаки ФРЖП:

1. Билиарная боль:

- постоянная, продолжительностью до 30 мин и более;
- рецидивирует с разными промежутками времени;
- достаточно интенсивная;
- не достоверно связана с моторикой кишечника;
- несущественно уменьшается после приема антацидов, после еды или изменения положения тела;
- может быть связана с тошнотой и/или рвотой;
- иррадирует в спину и/или правую подлопаточную область;
- вызывает нарушения сна.

2. Сохранный ЖП.

3. Отсутствие камней в ЖП или других структурных нарушений.

Поддерживающие критерии ФРЖП

1. Низкая сократительная способность ЖП [фракция выброса (ФВ) ЖП – ФВЖП] по данным визуализирующих методов исследования (не является специфическим признаком и не требуется для постановки диагноза).
2. Нормальные размеры холедоха (до 0,6 см).
3. Нормальные показатели печеночных ферментов, билирубина, амилазы/липазы.

Алгоритм верификации диагноза ФРЖП

Билиарная боль : эпизодическая, эпигастральная или в правом верхнем квадранте, длительностью более 30 мин

Печеночные и поджелудочные ферменты, УЗИ, КТ, МРТ, ФГДС

Да

Нет

Да

Структурные изменения

Эндоскопическое УЗИ

Нет

Подозрение на ФБР (боли, холедох, АЛТ)

Высокое

Низкое

Клиническое подозрение

Среднее

Динамическое наблюдение, сцинтиграфия ЖП

Да

Нет

ФРЖП

ФББ

Пример формулировки диагноза

ЖКБ, I стадия. Билиарный сладж.
Функциональное расстройство ЖП по
гипомоторному типу. Деформация
ЖП.

Алгоритм введение пациента с ФРЖП

УЗИ билиарного тракта, ФГДС, биохимия печеночных и панкреатических ферментов

Лечение желчегонными средствами, спазмолитиками, УДХК

Если результаты отрицательные, то проводят УЗИ, ДГС (динамическая гепатобилиарная сцинтиграфия)

- Если опорожнение ЖП нарушено ($ФВ < 40\%$)
- Не выявлено состояний, ассоциированных с уменьшением опорожнения ЖП

ХОЛЭЦИСТЭКТОМИЯ

Лечение обострений

1) Диета №5, дробное питание не менее 5 раз в день, исключая жирное, жареное, острое, алкоголь. Включает продукты, способствующие желчеоттоку (овсянка, греча, творог, нежирные сорта рыбы и др.), естественные пробиотики

2) Коррекция моторики ЖП и дуоденальной гипертензии:

Эукинетик:

Гимекромон 200 мг за 30 мин до еды – при гипомоторном типе;

Мебеверин 200 мг за 20-30 мин до завтрака и до ужина – при гипермоторном типе – 4-8 нед.

Фермент:

Панкреатин по 10000 ЕД 3 раза в день во время еды – 4 нед, затем 1 раз в день в насыщенный прием пищи.

Антацид: 3-4 раза в день через 30 мин после еды и на ночь – 2 нед.

3) Коррекция кишечного дисбиоза (по показаниям):

Пребиотик: Максилак - 4 нед;

Пробиотик: Максилак - 4 нед;

Деконтаминация тонкой кишки (при избыточном росте условно-патогенной флоры):

Рифаксимин 400 мг 3 раза в день 7 дней в комбинации с пробиотиками

4) Нормализация реологических свойств желчи:

УДХК (Урдокса) 250 мг по 1 капсуле через 30-60 мин после ужина 1 раз в нед, затем еженедельное титрование дозы до 10-15мг/кг в сутки в течение 3-6 мес.

Противорецидивное лечение

- Диета №5, гидрохолеретики (щелочные минеральные воды: «Боржоми», «Ессентуки» №4, 17, «Белинска Киселка» по ½ - 1 стакану без газа комнатной температуры, за 30 мин до еды 3 раза в день. Курс – 1 мес 2-3 раза в год;
- Курсы УДХК (Урдокса) в дозе 5-10 мг/кг однократно вечером 3 мес 2 раза в год или постоянная поддерживающая терапия;
- Курсы гимекромона по 400 мг 3 раза в день за 30 мин до еды, курсами 8-12 нед 2 раза в год

- Курсы пребиотиков 2 раза в год;
- При гипотонии ЖП и отсутствии холелитиаза – беззондовые тюбажи (с отваром шиповника, кукурузными рыльцами, магнием, минеральной водой) 1 раз в нед;
- Фитотерапия: препараты артишока, жжелчегонные сборы курсами по 4 нед 2-3 раза в год;
- Коррекция факторов риска (гиподинамии, ожирения, дислипидемии, стрессов, хронических очагов инфекции, сопутствующих заболеваний печени, ЖКТ, эндокринной системы и др.)

Хирургическое лечение: лапароскопическая ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

При отсутствии эффекта терапии и выявлении снижения ФВЖП (при динамическом УЗИ или гепатобилисцинтиграфии) менее 35-20%

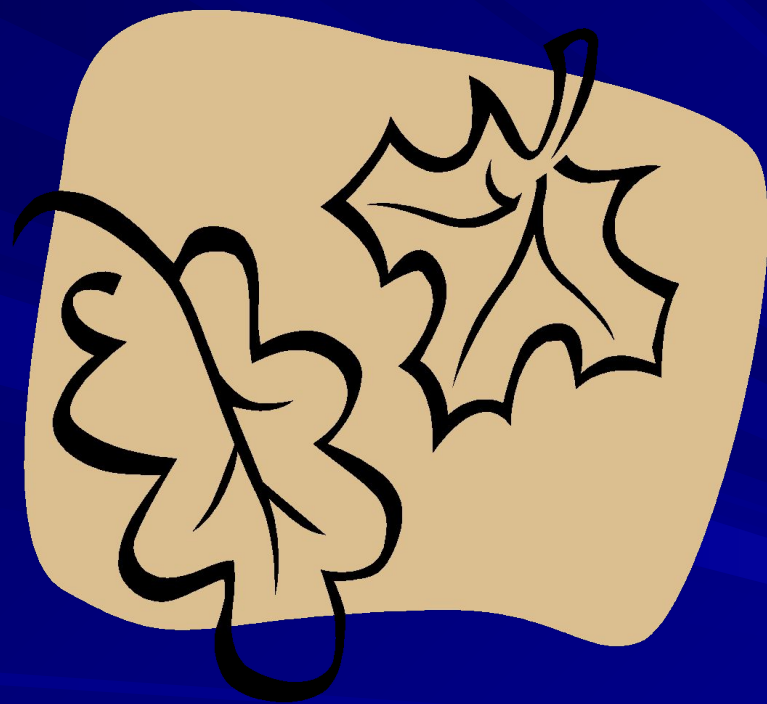
- Санаторно-курортное лечение:
Юматово (кумыс),
Красноусольск
(минеральная вода),
Минеральные Воды
(**Железноводск**,
Ессентуки),
Карловы Вары
- и др.



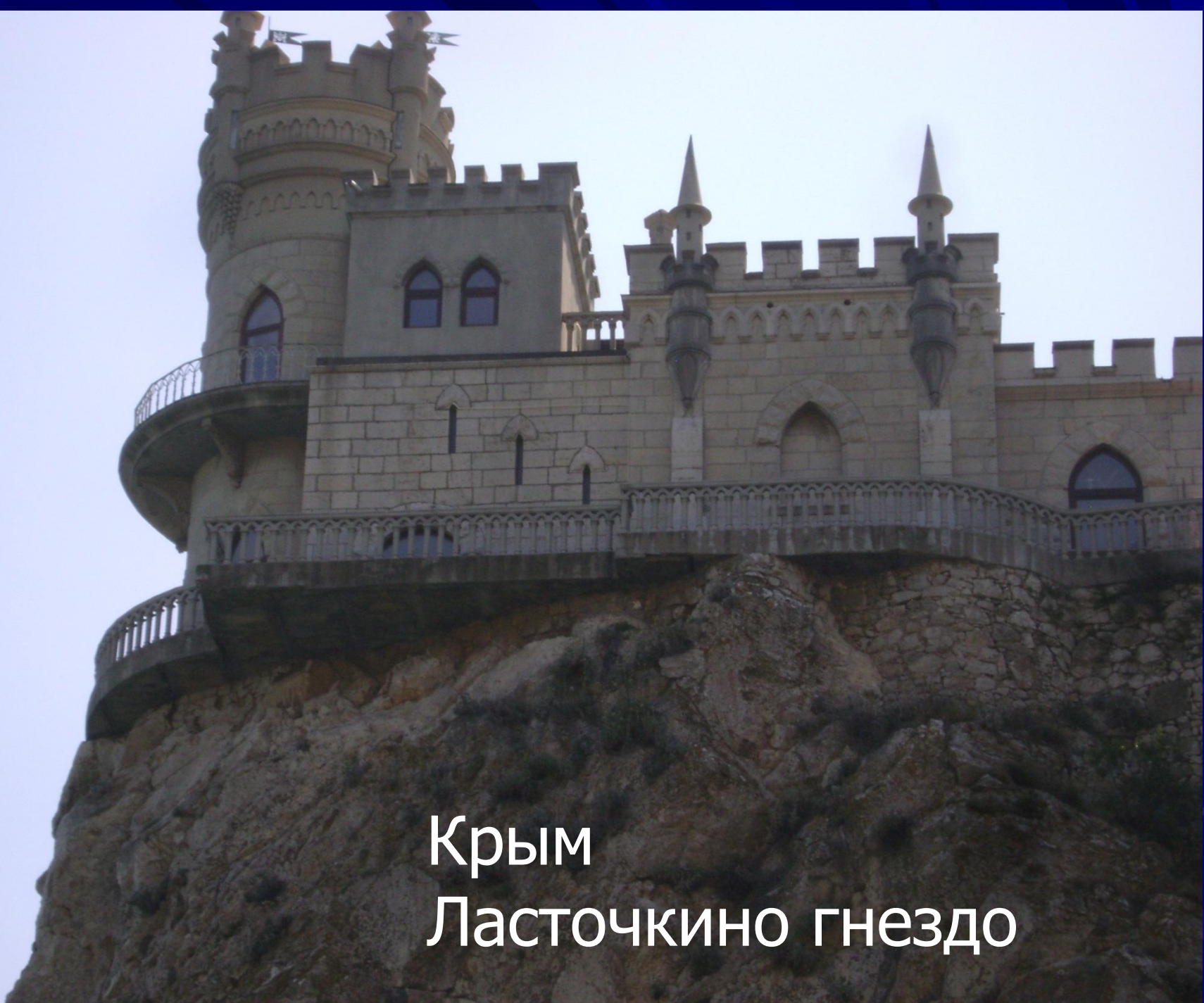
Профилактика

- Рациональное питание
- Активный образ жизни
- Физкультура
- Своевременное лечение заболеваний пищеварительного тракта, очаговой инфекции и др.

УСПЕХОВ В УЧЕБЕ!

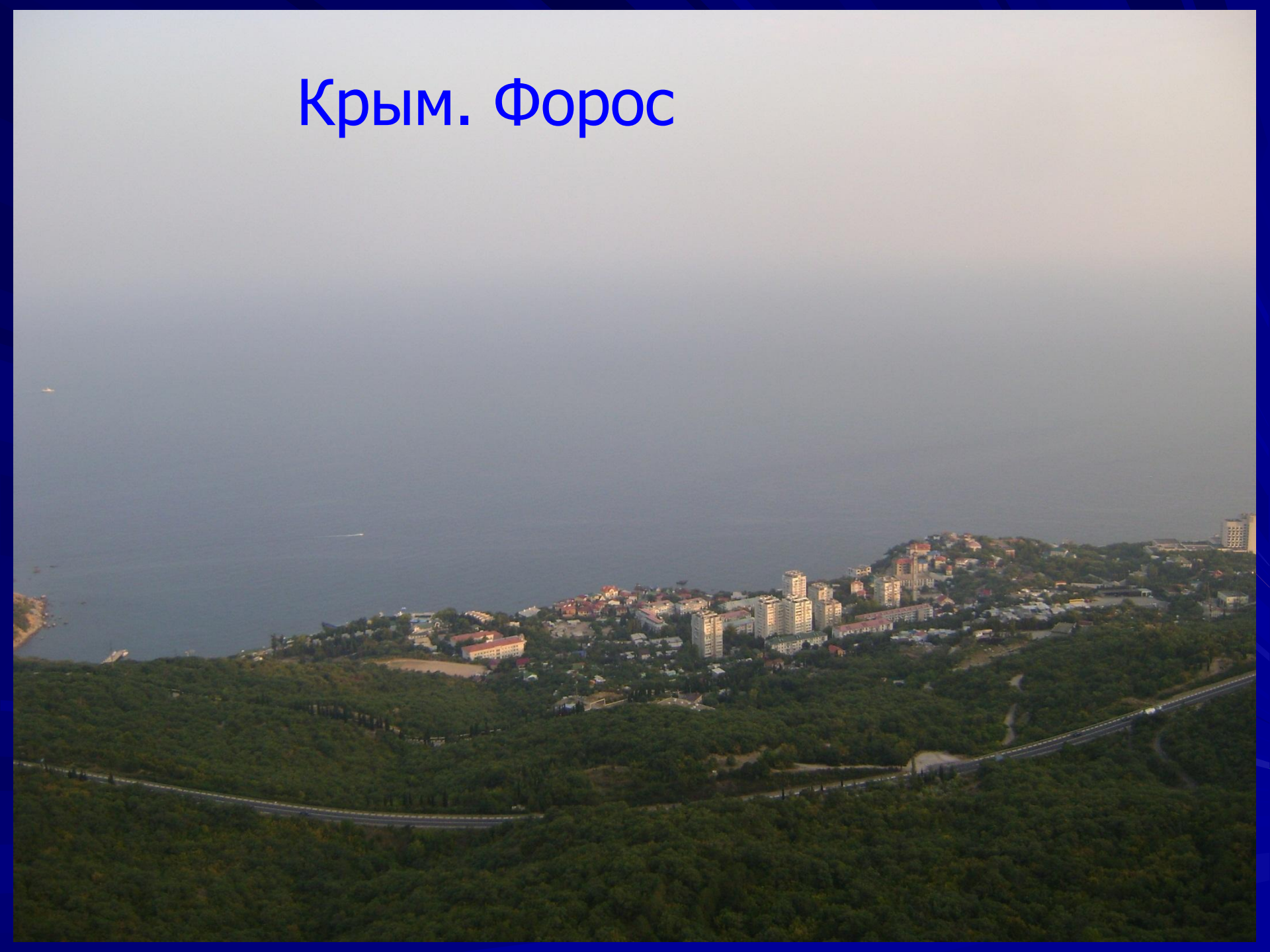


Спасибо за внимание!



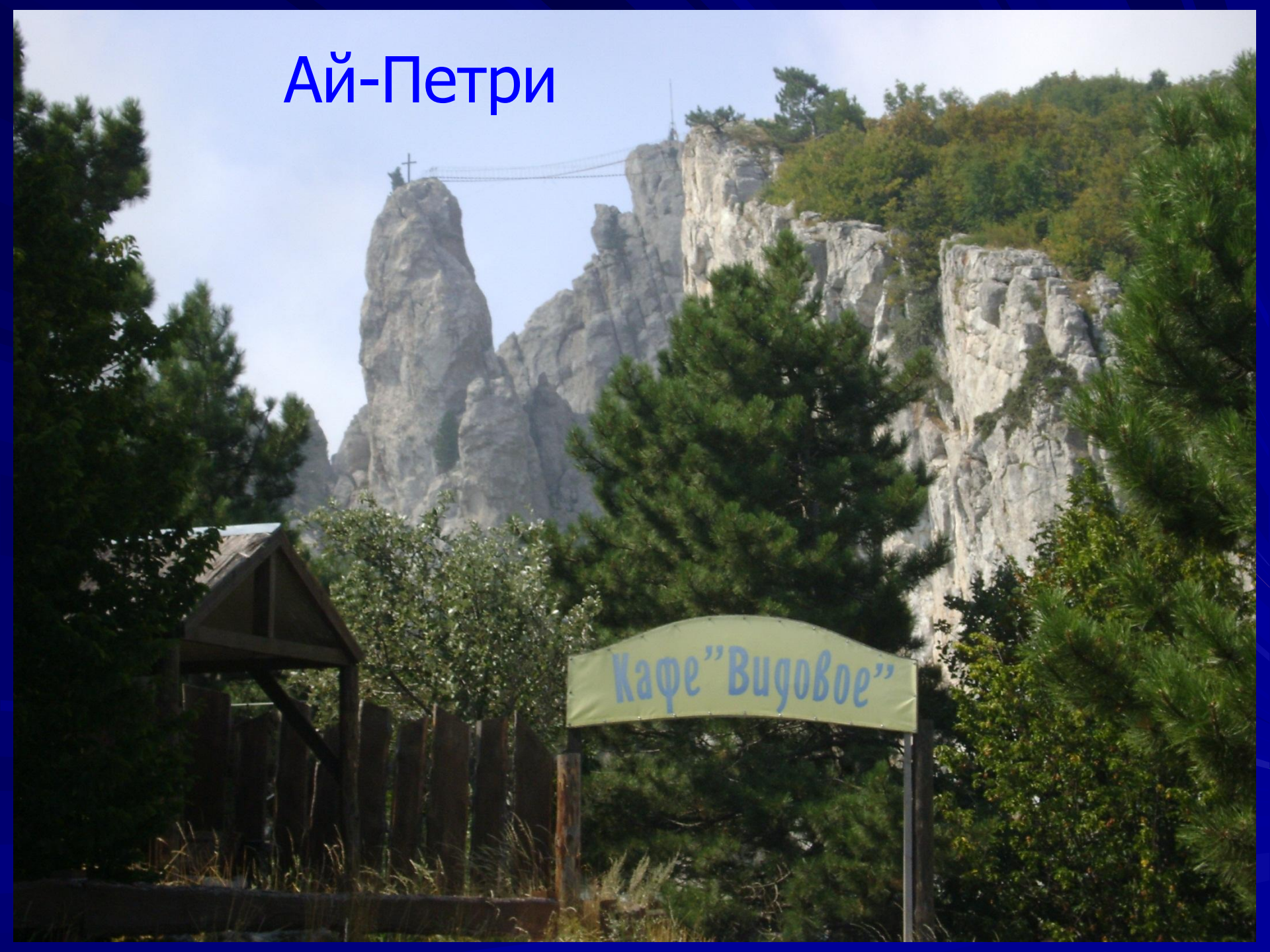
Крым
Ласточкино гнездо

Крым. Форос

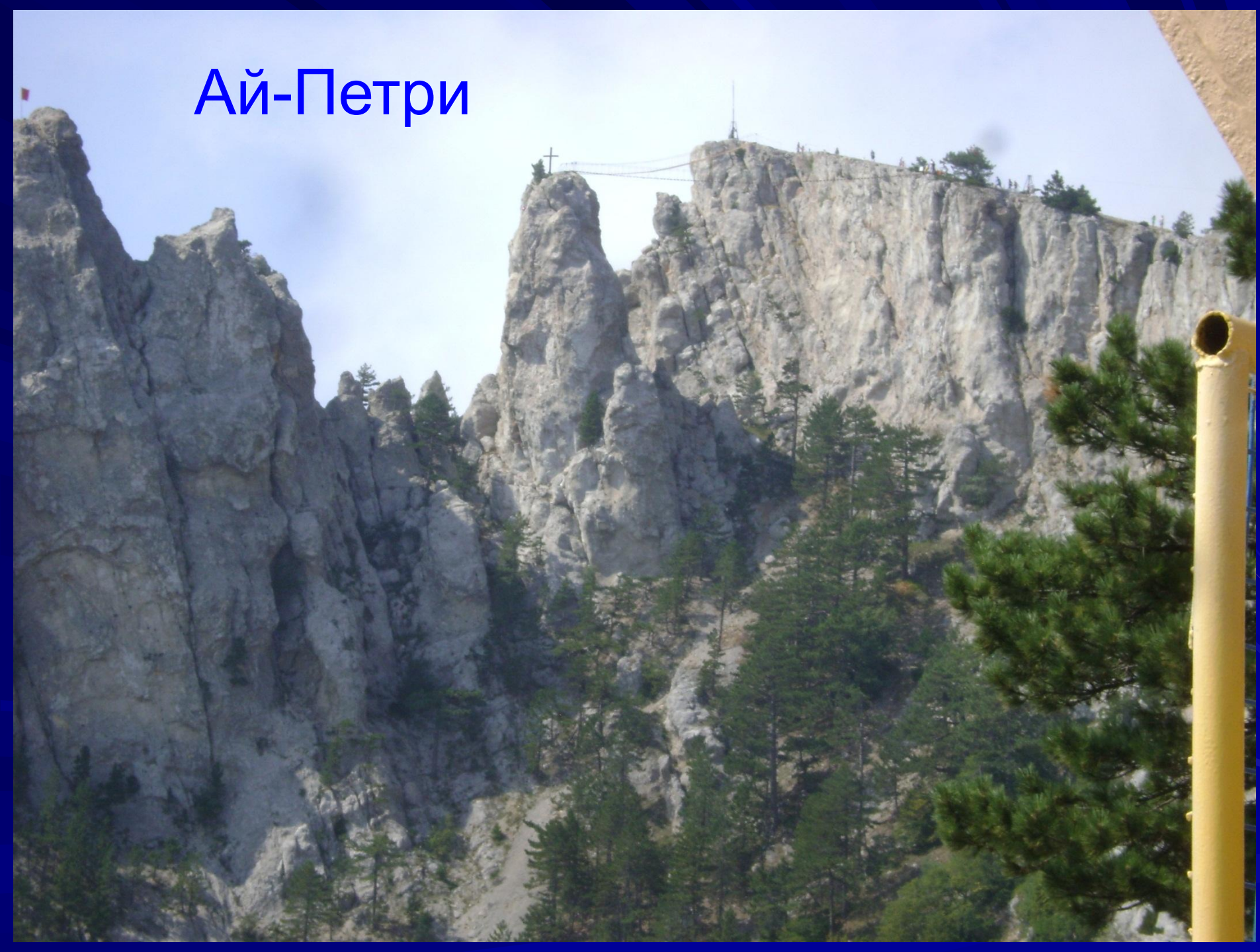




Ай-Петри



Ай-Петри



Ялта



Медведь -гора. Артек

