

И. М. ЗМАЧИНСКАЯ, Т. Т. КОПАТЬ, М. К. ЦЕРЕХ

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Минск БГМУ 2017

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

И. М. Змачинская, Т. Т. Копать, М. К. Церех

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2017

УДК 616.366-002.2-02-07-08-084(075.8)
ББК 54.13я73
3-69

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 18.05.2016 г., протокол № 9

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. В. И. Курченкова; канд. мед. наук, доц.
Ж. В. Антонович

Змачинская, И. М.

3-69 Хронический холецистит : учеб.-метод. пособие / И. М. Змачинская, Т. Т. Копать, М. К. Церех. – Минск : БГМУ, 2017. – 20 с.

ISBN 978-985-567-668-4.

Отражены вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза хронического холецистита. Описана клиническая картина, изложены принципы лечения и профилактика данного заболевания.

Предназначено для студентов 3-го курса медико-профилактического факультета.

УДК 616.366-002.2-02-07-08-084(075.8)

ББК 54.13я73

ISBN 978-985-567-668-4

© Змачинская И. М., Копать Т. Т., Церех М. К., 2017
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2017

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 6 часов.

Хронический бескаменный холецистит (в дальнейшем хронический холецистит) — одно из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта в экономически развитых странах мира. Это определяет актуальность знания этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения данного заболевания.

Цель занятия: овладеть основными методами диагностики, принципами лечения и профилактики хронического холецистита.

Задачи занятия:

1. Ознакомиться с этиологией, патогенезом, клиническими проявлениями хронического холецистита.
2. Овладеть основными методами диагностики хронического холецистита.
3. Рассмотреть современные подходы к выбору лечебной тактики при хроническом холецистите.
4. Изучить основные направления в профилактике хронического холецистита.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы следует повторить:

- из нормальной физиологии: анатомию гепатобилиарной системы, желчного пузыря, физиологию желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- пропедевтики внутренних болезней: расспрос, общий осмотр, пальпацию печени и желчного пузыря, определение границ печени по Курлову.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Что является начальным элементом желчевыводящих путей?
2. Как формируется желчевыводящая система?
3. Каковы анатомические параметры желчного пузыря (размеры и положение)?
4. Как регулируется отток желчи в 12-перстную кишку?
5. Каковы размеры печени по Курлову?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Дайте определение понятию «хронический холецистит».
2. Перечислите факторы риска хронического холецистита («правило 5F»).
3. Назовите основные этиологические аспекты хронического холецистита.
4. Опишите клиническую картину болевого синдрома при хроническом холецистите.

5. Опишите клиническую картину диспепсического синдрома при хроническом холецистите.
6. Приведите данные физикального обследования при хроническом холецистите.
7. Перечислите лабораторные и инструментальные методы исследования при хроническом холецистите.
8. Опишите этапы дуоденального зондирования по «уругвайской» методике.
9. Дайте характеристику основных УЗИ-признаков хронического холецистита.
10. Назовите основные принципы диетотерапии при хроническом холецистите.
11. Перечислите немедикаментозные методы лечения хронического холецистита.
12. Назовите основные направления первичной профилактики хронического холецистита.
13. Назовите основные направления вторичной профилактики хронического холецистита.

КРАТКИЙ АНАТОМИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Знание анатомии и физиологии желчевыводящих путей поможет не только отличить норму от патологии, но и понять и объяснить развитие многих клинических симптомов, правильно выбрать методы исследования пациентов.

Начальным элементом желчевыделительной системы являются межклеточные желчные каналы (их иногда называют желчными капиллярами). Они расположены между рядами печеночных клеток, которые и являются их стенками. Межклеточные желчные каналы, сливаясь друг с другом, на периферии печеночной долики образуют внутридольковые желчные протоки (холангиолы). Эти протоки при выходе из долики расширяются и образуют ампулу, или промежуточный проток Геринга, который выстлан эпителиальными клетками. Этот участок желчевыводящих путей тесно контактирует с кровеносными и лимфатическими сосудами и наиболее подвержен воспалительным процессам.

Внутридольковые желчные протоки соединяются между собой и образуют междольковые протоки, которые, сливаясь, образуют междольковые протоки первого, второго и следующих порядков (они выстланы кубическим и цилиндрическим эпителием). Наконец, формируются крупные желчные протоки правой и левой доли печени. Обычно вне печени они соединяются в общий печеночный проток диаметром от 2,5 до 4 мм.

Последний вместе с пузырным протоком образует общий желчный проток. Его длина в среднем составляет 6,2 см, а диаметр — от 3,5 до 7 мм. Общий желчный проток впадает в 12-перстную кишку. Крупные желчные протоки и желчный пузырь покрыты цилиндрическим эпителием.

Желчный пузырь в норме имеет грушевидную форму. Его длина равна 7–10 см, ширина — 3–4 см, емкость — 40–70 мл. В нем различают дно, тело и шейку, переходящую в пузырный проток. Проецируется желчный пузырь на переднюю брюшную стенку в месте пересечения правой пастернальной линии с линией, соединяющей концы десятых ребер. По отношению к позвоночнику он обычно проецируется (при вертикальном исследовании пациента) справа на уровне I–III поясничных позвонков. Отток желчи из желчного пузыря регулирует сфинктер Люткенса, а из общего желчного протока — сфинктер Одди.

Важно помнить, что печень выделяет желчь путем секреции под давлением 240–300 мм вод. ст. (за сутки выделяется около 1,5 л желчи). У здорового человека внутрипузырное давление в слабонаполненном желчном пузыре составляет 100 мм вод. ст., а в гепатохоledохусе — 150 мм вод. ст. Закрытый сфинктер Одди может противостоять давлению 150–250 мм вод. ст. (при патологии — 350 мм вод. ст. и более). В связи с этим при закрытом сфинктере Одди (так бывает в межпищеварительный период) желчь поступает в желчный пузырь, где она концентрируется в 5–10 раз.

Под влиянием факторов питания или других раздражителей (например, желчегонных средств) желчный пузырь сокращается, его внутриполостное давление повышается до 210 мм вод. ст., и при согласованном действии сфинктеров Люткенса и Одди (их одновременном расслаблении) желчь поступает в кишечник. Если одновременного расслабления этих регуляторов желчеотделения не происходит, то давление в желчном пузыре или во всей желчепротоковой системе повышается. При давлении более 230 мм вод. ст. появляется боль. Это наблюдается при дискинезиях желчных путей гипертонического типа. Если же давление в желчевыводящих путях превышает 300 мм вод. ст. (так бывает при нарушении проходимости крупных желчных протоков), то секреция желчи в желчепротоковую систему тормозится, ее компоненты поступают в кровь и развивается желтуха.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Хронический холецистит — воспалительное заболевание стенки желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями желчевыводящей системы.

Заболеваемость составляет 6–7 случаев на 1000 населения. Хронический холецистит встречается во всех возрастных группах, но преимущественно страдают лица среднего возраста (от 40 до 60 лет). Женщины болеют в 3–4 раза чаще, чем мужчины. Заболевание чаще отмечается в экономически развитых странах.

ЭТИОЛОГИЯ

В развитии хронического холецистита основную роль играет условно-патогенная микрофлора (эшерихии, стрептококки, стафилококки, реже протеи, синегнойная палочка, энтерококк), иногда патогенная микрофлора (шигеллы, сальмонеллы), вирусная и протозойная инфекция.

Проникновение микробной флоры в желчный пузырь происходит энтерогенным, гематогенным или лимфогенным путем. Предрасполагающими факторами возникновения холецистита являются: застой желчи в желчном пузыре, сдавления и перегибы желчевыводящих протоков, дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей, нарушения тонуса и двигательной функции желчных путей под влиянием различных эмоциональных стрессов, эндокринных и вегетативных расстройств, патологических рефлексов измененных органов пищеварительной системы. Застой желчи в желчном пузыре также способствуют опущение внутренних стенок, беременность, малоподвижный образ жизни, сочетающийся с нерациональным питанием (в частности, злоупотребление жирной пищей, консервированными продуктами промышленного изготовления), редкие приемы пищи и др. Имеет также значение заброс панкреатического сока в желчные пути при их дискинезии с его протеолитическим действием на слизистую оболочку желчных протоков и желчного пузыря.

Общепризнанным является «правило 5F»: женский пол (female), возраст старше 40 лет (forty), ожирение при индексе массы тела более 30 (fat), множественные беременности (fertile), диспепсия с метеоризмом (flatulent).

Дополнительно к представленным выше факторам риска развития холецистита выделяют следующие: наследственность; перенесенные вирусный гепатит и инфекционный мононуклеоз, сепсис, кишечные инфекции с затяжным течением; лямблиоз кишечника; панкреатит; синдром нарушенного всасывания.

ПАТОГЕНЕЗ

Функциональные нарушения нервно-мышечного аппарата способствуют гипо- или атонии желчного пузыря. Внедрение микробной флоры вызывает воспаление его слизистой. При дальнейшем прогрессировании

процесса воспаления распространяется на подслизистый и мышечный слои стенки желчного пузыря, образуются инфильтраты, соединительнотканые разрастания. При переходе процесса на серозную оболочку формируются спайки с глиссоновой капсулой печени и соседними органами (желудок, 12-перстная кишка, кишечник), развивается перихолецистит. Помимо катарального, может возникнуть флегмонозный или гангренозный процесс. В тяжелых случаях в стенке желчного пузыря появляются мелкие абсцессы, очаги некроза, изъязвления, что приводит к перфорации или развитию эмпиемы. Гангренозная форма встречается редко при анаэробной инфекции.

Непосредственными толчками к вспышке воспалительного процесса в желчном пузыре часто являются переедание, обильный прием пищи, употребление очень жирной пищи, алкогольных напитков, острый воспалительный процесс в другом органе (ангина, пневмония, аднексит и т. д.).

Хронический холецистит может возникнуть после острого воспаления, но чаще развивается самостоятельно и постепенно, на фоне желчно-каменной болезни, гастрита с секреторной недостаточностью, хронического панкреатита и других заболеваний органов пищеварения, ожирения.

КЛИНИКА

Течение хронического холецистита может быть рецидивирующим, латентным или в виде приступов печеночной колики.

При хронических заболеваниях желчевыводящих путей боль обычно локализуется в правом подреберье, иногда в подложечной области. Реже боль первоначально появляется под правой лопаткой или в спине, за грудиной, а в дальнейшем сосредоточивается в правом подреберье. При заболеваниях желчных путей боль возникает спустя 1–1,5 часа после приема пищи или усиливается после приема жирных и жареных блюд, яиц, холодных и газированных напитков, вина, пива, острых закусок. Способствуют ее появлению физическая нагрузка, охлаждение тела, нервно-психическое перенапряжение.

Выраженные и стойкие боли в эпигастральной области могут свидетельствовать о наличии сопутствующего патологического процесса в желудке, боли около пупка и в нижней части живота — в кишечнике, в левом подреберье и опоясывающего характера — в поджелудочной железе. Следует помнить, что при хроническом холецистите пациенты нередко жалуются на боль в области сердца.

У пациентов с хроническими заболеваниями желчных путей, в том числе хроническим холециститом, часто отмечаются диспепсические явления: горечь во рту, отрыжка горьким, непереносимость жирной пищи,

тошнота и рвота (нередко с примесью желчи), которая не приносит облегчения, снижение аппетита. Эти симптомы связаны не только с основным заболеванием, но и с сопутствующим гастритом, дуоденитом, перидуоденитом.

У таких пациентов может быть и кожный зуд. Его возникновение связано с нарушением желчевыделения и задержкой желчных кислот в крови. В период обострения холецистита наблюдаются явления вегетативной дистонии: вялость, слабость или повышенная раздражительность, возбудимость, нарушение сна, холодный пот, сердцебиение, головокружение, головная боль.

Из объективных клинических симптомов следует назвать повышение температуры тела, что является признаком активного воспалительного процесса в желчевыводящих путях.

Для хронического холецистита характерны следующие пальпаторные симптомы:

- симптом Керра — возникновение или усиление боли, особенно во время вдоха, при пальпации в точке желчного пузыря (точка Керра);
- симптом Мерфи — усиление болезненности при пальпации желчного пузыря на глубоком вдохе (в положении сидя);
- симптом Шоффара–Риве–Дежардена — болезненность в холедохопанкреатической точке, расположенной на 4–6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с куполом правой подмышечной впадины;
- симптом Харитоновна — локальная болезненность справа от позвоночника на уровне остистого отростка IV грудного позвонка;
- симптом Мюсси–Георгиевского, или френикус-симптом, — болезненность при пальпации в надключичной области справа, в точке, расположенной между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- симптом Ортнера — болезненность в точке желчного пузыря при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;
- симптом Лепене — локальная болезненность при энергичном поколачивании согнутыми пальцами по реберной дуге справа на высоте вдоха.

Однако при тщательном сборе врачами жалоб пациенты отмечают четкую связь болевого синдрома с обильным приемом пищи или с погрешностями в диете.

Атипичными вариантами течения хронического холецистита являются:

1. Кардиалгическая форма, проявляющаяся сердечной симптоматикой в виде длительных тупых болей в области сердца, возникающих после обильной еды, нередко в положении лежа. Могут быть аритмии по типу экстрасистолии.

2. Эзофагалгическая форма. Пациент жалуется на диспепсические расстройства: упорную изжогу, сочетающуюся с тупой болью за грудиной. После обильной еды может появиться чувство кола за грудиной.

3. Кишечная форма, характеризующаяся наличием боли неопределенной локализации по всему животу, вздутием живота, расстройством стула в виде запоров.

ДИАГНОСТИКА

Для диагностики хронического холецистита проводятся:

1. Общий клинический анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Дуоденальное зондирование и исследование желчи.
4. Рентгенологические методы.
5. УЗИ.
6. Лапароскопическая холецистохолангиография.

В общем клиническом анализе крови при обострении хронического холецистита выявляют:

- нейтрофильный лейкоцитоз;
- увеличение СОЭ.

В биохимическом анализе крови повышается:

- уровень С-реактивного протеина;
- содержание α - и γ -глобулинов;
- активность печеночных ферментов (аминотрансфераз, γ -глутаматдегидрогеназы), щелочной фосфатазы, а также уровень общего билирубина.

В диагностике заболеваний желчевыводящих путей весьма важное значение имеет **дуоденальное зондирование и исследование желчи**. Выделяют три классические порции желчи: А, В и С. Желчь каждой из них должна подвергаться визуальному, микроскопическому, биохимическому и бактериологическому исследованиям.

Наличие мути с примесью хлопьев, слизи, эпителиальных клеток в первой порции (А) желчи свидетельствует о дуодените, а появление примеси крови — о травматизации слизистой оболочки (в ряде случаев этот симптом связан с другими причинами, и пациента необходимо более тщательно обследовать).

Желчь светло-желтого цвета в порции В бывает при нарушении концентрационной функции пузыря. Чрезмерно интенсивная окраска желчи и густая ее консистенция указывают на застойный желчный пузырь (удельный вес желчи в норме 1016–1035), а наличие мути, хлопьев, слизи — на

воспалительный процесс. На последнее также указывает сдвиг рН желчи в кислую сторону (рН желчи у здоровых 6,5–7,6).

Слабоокрашенная желчь в порции С бывает при механических желтухах, хронических гепатитах и циррозах печени. Наличие хлопьев и слизи свидетельствует о холангитах и холангиолитах.

Наиболее информативным является фракционное хроматическое зондирование («уругвайский» метод). Его суть заключается в том, что накануне исследования пациент принимает метиленовый синий в желатиновой капсуле в дозе 0,1–0,15 г (с момента приема препарата до начала исследования должно пройти 14 часов, последний прием пищи — за 2 часа до приема метиленового синего). При попадании в печень метиленовый синий превращается в бесцветное соединение — лейкобазу, которая в желчном пузыре восстанавливается и окрашивает пузырную желчь в сине-зеленый цвет, т. е. «метит» пузырную фракцию желчи. Для забора желчи лучше использовать многоканальный зонд.

Выделяют 5 этапов (фаз) желчевыделения.

I этап — этап базальной секреции желчи. В ответ на раздражение стенки 12-перстной кишки зондом начинает выделяться 15–45 мл прозрачной светло-желтой желчи (в норме в течение 20–40 минут). Этот этап характеризует динамику выделения желчи, которая скопилась в желчных протоках, секреторное давление печени вне пищеварения, а также функциональное состояние сфинктера Одди.

После окончания выделения желчи в 12-перстную кишку через дуоденальный зонд медленно, в течение 7 минут, вводят какой-либо раздражитель желчного пузыря (50 мл 33%-ного раствора сульфата магния, 50 мл 40%-ного раствора глюкозы или ксилита, 20 мл оливкового масла, 30 мл подсолнечного масла, 2 яичных желтка), а затем на 3 минуты завязывают зонд, после чего его освобождают.

II этап — этап латентного периода желчевыделения. В это время желчь не выделяется. Этап характеризует холестатическое давление в билиарном тракте, готовность желчного пузыря к опорожнению и его тонус. В норме продолжительность этого этапа составляет от 2 до 6 минут.

Появление желчи раньше 2-й минуты указывает на гипотонию сфинктера Одди. Если желчь не появилась спустя 10–15 минут, следует думать о гипертонусе сфинктера Одди или о механическом препятствии оттоку желчи. Для выяснения характера изменений через зонд вводится 10 мл теплого 1%-ного раствора новокаина. Появление и прерывистое выделение желчи светло-желтого цвета свидетельствует о функциональном спазме сфинктера Одди. Если после введения новокаина желчь не выделяется в течение 15–20 минут, пациенту следует дать ½–1 таблетку нитроглицерина (сублингвально) и при отсутствии эффекта повторно ввести через зонд холекинетическое средство (20 мл раститель-

ного масла или 50 мл 40%-ного раствора глюкозы либо ксилита). Если раскрытие сфинктера Одди не происходит и в этом случае, а местоположение зонда правильное, можно думать о стенозировании в области холедоха.

III этап — этап сфинктера Люткенса и холедоха. У практически здоровых людей данный этап длится 2–4 минуты. За этот период выделяется 3–5 мл желчи из общего желчного и пузырного протока.

Указанные 3 этапа составляют порцию А при классическом дуоденальном зондировании.

IV этап — этап желчного пузыря. Этап характеризует сократительную (эвакуаторную) функцию желчного пузыря. Опорожнение желчного пузыря вначале идет весьма интенсивно (до 4 мл в 1 минуту), а затем постепенно замедляется. Продолжительность этапа составляет 20–40 минут. За этот период выделяется 30–60 мл пузырной желчи, окрашенной в сине-зеленый цвет (порция В).

Прерывистое выделение пузырной желчи указывает на диссинергизм сфинктеров Люткенса и Одди, а выведение более 65–85 мл желчи свидетельствует о гипотонии желчного пузыря.

Если отделение желчи заканчивается в течение 10–15 минут, и за это время выделяется не менее 30 мл желчи, то можно думать о гиперкинетической дискинезии желчного пузыря, а в течение более 45–60 минут — о гипокинетической дискинезии пузыря. Если не удастся получить пузырную желчь, то говорят о блоке желчного пузыря либо об отсутствии пузырного рефлекса.

V этап — этап внешней секреции печени (порция С). Этап начинается с момента выделения золотистой, т. е. печеночной, желчи и характеризует желчевыделительную (секреторную) функцию печени. Первые 15 минут печеночная желчь выделяется интенсивно (1 мл и более в 1 минуту). Эту порцию собирают в течение часа.

При исследовании желчи обращают внимание на ее прозрачность, цвет, вязкость, удельный вес, рН и др.

Во всех случаях желчь подвергают микроскопическому исследованию. Его следует проводить сразу после забора желчи (не позднее чем через 30 минут), т. к. лейкоциты и эпителиальные клетки быстро разрушаются желчными кислотами. Определенное диагностическое значение имеют лейкоциты, особенно находящиеся в комочках слизи, если их количество в поле зрения в порциях А и С превышает 5, а в порции В — 10. Однако переоценивать этот признак в диагностике воспалительного процесса не следует. Помогает в диагностике активного воспалительного процесса в желчных протоках нахождение большого количества в порциях В и С эпителиальных клеток и их идентификация.

Обнаружение кристаллов холестерина и билирубината кальция свидетельствует о нарушении коллоидных свойств желчи и является косвенным, хотя и не очень надежным, признаком холелитиаза. Тем не менее нужно учитывать результаты этих исследований.

Микроскопическое исследование желчи позволяет исключить или подтвердить паразитарную инвазию. Лямблии, описторхии могут поддерживать различные патологические (в основном, воспалительные и дискинетические) процессы в желудочно-кишечном тракте. В желчном пузыре здоровых людей лямблии не обитают, т. к. желчь вызывает их гибель. Желчь людей с холециститом не обладает этими свойствами, поэтому лямблии поселяются на слизистой оболочке желчного пузыря и способствуют (в комплексе с микробами) поддержанию воспалительного процесса, дискинезии.

Таким образом, лямблии не вызывают холецистит, но могут быть причиной развития дуоденита, дискинезий желчных путей, т. е. отягощать холецистит, способствуя его хроническому течению. Если у пациента обнаружены в желчи вегетативные формы лямблий, то, в зависимости от клинической картины заболевания и результатов дуоденального зондирования, как основной диагноз ставят либо хронический холецистит, либо дискинезию желчевыводящих путей, а как сопутствующий — лямблиоз.

В диагностике заболеваний желчевыводящих путей большую роль играют **рентгенологические методы исследования.**

Наиболее доступным и несложным методом исследования является концентрационная (пероральная) холецистография с контрастным веществом, однако при использовании этого метода плохо контрастируются желчные протоки.

При пероральной холецистографии желчный пузырь не заполняется в следующих случаях:

- при отключенном желчном пузыре;
- если была рвота или понос и контрастное вещество не всосалось в кишечнике;
- при нарушении белкообразовательной функции печени (альбумин-глобулиновый коэффициент меньше 1), т. к. контрастное вещество транспортируется с помощью альбуминов;
- при повышении содержания билирубина в крови в 2–3 раза больше нормы (если печень плохо выделяет билирубин, то она также будет плохо выделять и контрастное вещество).

Если желчный пузырь при пероральной холецистографии не контрастировался, то показана внутривенная выделительная холангиохолецистография, или холеграфия (внутривенно вводят контрастное вещество).

Внутривенная холангиохолецистография позволяет получить четкое изображение как желчного пузыря, так и желчных протоков у 80–90 % пациентов. Этот метод исследования в основном применяется в клинических условиях. Если желчные протоки контрастируются, а пузырь нет, то можно с уверенностью говорить об отключении желчного пузыря.

Более информативным, но вместе с тем довольно сложным в техническом отношении исследованием является эндоскопическая ретроградная холангиография. Рентгеноконтрастное вещество вводится через фибродуоденоскоп непосредственно в общий желчный проток. Кроме того, при фибродуоденоскопии представляется возможным осмотреть зону сфинктера Одди и оценить его состояние.

Во многих современных руководствах **УЗИ-диагностику** считают решающей в выяснении характера патологии желчного пузыря.

При УЗИ гепатобилиарной зоны можно обнаружить диффузное утолщение стенок желчного пузыря более 3 мм и его деформации, уплотнение и/или слоистость стенок, уменьшение объема полости этого органа (сморщенный пузырь), «негомогенную» полость. При дискинезии признаков воспаления нет, но пузырь сильно растянут и плохо или очень быстро опорожняется.

Для уточнения состояния желчного пузыря, внутрипеченочных протоков, печени применяется **лапароскопическая холецистохолангиография**. В этом случае по показаниям производится пункционная или щипковая биопсия печени.

Обычно вначале используют простые и общедоступные методы исследования, а затем при необходимости — более сложные. Для того чтобы правильно выбрать метод, следует знать его диагностические возможности, показания и противопоказания к применению и, разумеется, иметь в лечебном учреждении все необходимое для проведения метода.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Одним из основных принципов лечения хронического холецистита является **приверженность пациентов здоровому образу жизни** (категорический отказ от алкоголя и табакокурения).

Главный и наиболее эффективный метод лечения заболевания — **диетотерапия** (стол № 5 по Певзнеру), основными принципами которой являются:

- частый (5–6 раз в сутки) прием пищи небольшими порциями;
- употребление только свежеприготовленной пищи в теплом виде;
- употребление вареной, запеченной, приготовленной на пару пищи;

- разнообразный, полноценный рацион;
- резкое ограничение жареных блюд, солений, маринадов, копченостей, а также щавеля, шпината и лука.

Диета должна способствовать предупреждению застоя желчи в желчном пузыре, уменьшению воспалительных явлений.

Этиотропное лечение назначается, как правило, в фазы обострения процесса, **антибактериальная терапия** — в случаях, когда имеются клинические и лабораторные данные, подтверждающие активность воспалительного процесса в желчном пузыре. Из антибиотиков рекомендуется назначать препараты широкого спектра действия, которые поступают в желчь в достаточно высокой концентрации (макролиды последнего поколения). Все препараты назначаются в обычных терапевтических дозах курсами 7–10 дней. При лямблиозе желчных путей эффективен метронидазол (Метрогил, Трихопол, Клион) в дозе 200 или 400 мг (суточная доза — 1200 мг) или тинидазол в дозе 500 мг (суточная доза — 2 г) в течение 2–3 дней.

Нарушения оттока желчи у пациентов с хроническим холециститом корригируются **желчегонными препаратами**. Различают желчегонные средства холеретического действия, которые стимулируют образование и выделение желчи печенью, и холекинетические препараты, усиливающие мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку.

К холеретическим препаратам относятся:

- синтетические средства: оксафенамид, циквалон, никодин;
- препараты растительного происхождения: хофитол, аллохол, холензим, лиобил, фламин, бессмертник, холагон, гепатофальк планта, капли желчегонные, кукурузные рыльца.

Холеретические препараты могут применяться при холецистите в фазах затихающего обострения или ремиссии. Назначаются они обычно на 3 недели, затем препарат целесообразно сменить.

Холекинетики не следует назначать при калькулезном холецистите. Они показаны пациентам с некалькулезным холециститом и гипомоторной дискинезией желчного пузыря.

У пациентов с некалькулезным холециститом эффективны **лечебные дуоденальные зондирования** (5–6 раз через день), особенно при гипомоторной дискинезии. В фазе ремиссии таким пациентам следует рекомендовать «слепые» дуоденальные зондирования 1 раз в неделю или 2 недели. Для их проведения лучше использовать ксилит и сорбит. Пациентам с калькулезным холециститом дуоденальные зондирования противопоказаны из-за опасности развития механической желтухи.

Лицам с некалькулезным холециститом и нарушениями физико-химических свойств желчи (дискринией) показано назначение в течение

длительного периода времени (3–6 месяцев) пшеничных отрубей, энтеросорбентов (энтерогель по 15 г 3 раза в день).

При отсутствии признаков воспаления назначают **физиопроцедуры** (индуктотермия, электрофорез с новокаином и др.).

В фазе ремиссии хороший эффект дает **терапия минеральными водами**.

При отсутствии холангита показано **санаторно-курортное лечение**.

ПРОФИЛАКТИКА

Первичной профилактикой холецистита является соблюдение здорового образа жизни.

Ежедневная утренняя гимнастика и достаточный двигательный режим в течение дня (ходьба, легкие виды спорта, плавание, лыжи; для пожилых — посещение групп оздоровления) помогут создать условия, при которых желчь не будет застаиваться в организме и тем самым вредить ему.

Важную роль играет профилактика синдрома психоэмоционального перенапряжения, приводящего к ослаблению регулирующего влияния ЦНС на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, сфинктерный аппарат и изменению коллоидных свойств желчи вследствие нарушения энтерогепатической циркуляции желчных кислот.

Необходимо исключить обильный прием пищи на ночь, особенно жирной и в сочетании с алкогольными напитками.

Немаловажным условием профилактики холецистита является достаточное употребление жидкости (не менее 1,5–2 л в течение дня).

Необходимо также соблюдать режим питания — принимать пищу в одно и то же время.

Обязательным условием профилактики является регулярное опорожнение кишечника с целью предупреждения дискинезии желчевыводящих путей (висцеральные рефлексy) и выведения холестерина.

Для **профилактики обострений (вторичная профилактика)** пациентам с хроническим холециститом необходимо строго соблюдать диету и принципы дробного питания, избегать гиподинамики, стрессов и переохлаждения, тяжелой физической нагрузки. Такие пациенты состоят на диспансерном учете и дважды в год должны проходить обследование. Им показано регулярное санаторно-курортное лечение.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Диаметр (мм) общего желчного протока следующий:

- а) 2,5–5;
- б) 3–9;
- в) 3,5–7;
- г) 4,5–9.

2. Объем (мл) желчного пузыря следующий:

- а) 25–45;
- б) 30–50;
- в) 40–70;
- г) 80–100.

3. В развитии хронического холецистита основную роль играет инфекция:

- а) условно-патогенная;
- б) грибковая;
- в) анаэробная;
- г) вирусная.

4. Боль при хроническом холецистите возникает после еды через:

- а) несколько минут;
- б) 30 минут;
- в) 1–1,5 часа;
- г) 3 часа.

5. К атипичным вариантам течения хронического холецистита относятся:

- а) кардиалгическая форма;
- б) оссалгическая форма;
- в) эзофалгическая форма;
- г) кишечная форма.

6. Наиболее доступным методом диагностики хронического холецистита является:

- а) зондирование;
- б) внутривенная холангиохолецистография;
- в) лапароскопия;
- г) УЗИ.

7. При активном воспалительном процессе в желчном пузыре преимущество имеют антибиотики:

- а) пенициллины;
- б) аминогликозиды;
- в) карбапенемы;
- г) макролиды.

8. К холеретикам растительного происхождения относятся:

- а) пижма;
- б) бессмертник;
- в) кукурузные рыльца;
- г) медвежьи ушки.

9. При патологии желчевыводящей системы назначается диетический стол по Певзнеру:

- а) № 5;
- б) № 7;
- в) № 9;
- г) № 10.

10. Задачами диетического питания при хроническом холецистите являются следующие:

- а) восстановить нарушенную функцию печени;
- б) снизить массу тела;
- в) нормализовать отток желчи;
- г) не дать образоваться камням в желчном пузыре.

Ответы: 1 — в; 2 — в; 3 — а; 4 — в; 5 — а, в, г; 6 — г; 7 — г; 8 — б, в; 9 — а; 10 — а, в, г.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Царев, В. П. Внутренние болезни : учеб. / В. П. Царев, И. И. Гончарик. Минск : Новое знание ; М. : ИНФРА-М, 2013.
2. Внутренние болезни : учеб. : в 2 т. / под ред. А. И. Мартынова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2001. Т. 1–2.
3. Рябов, С. И. Внутренние болезни : учеб. / С. И. Рябов, В. А. Алмазов. СПб., 2000.

Дополнительная

4. Пропедевтика внутренних болезней : учеб. / под ред. В. Х. Василенко, А. В. Гребенева. 3-е изд. М. : Медицина, 1989.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	4
Краткий анатомический экскурс.....	5
Определение понятия.....	6
Этиология.....	7
Патогенез.....	7
Клиника.....	8
Диагностика.....	10
Принципы лечения.....	14
Профилактика.....	16
Самоконтроль усвоения темы.....	17
Литература.....	19

Учебное издание

Змачинская Ирина Михайловна
Копать Тересса Тадеушевна
Церех Мечислав Константинович

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Э. А. Доценко
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 18.05.16. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,9. Тираж 50 экз. Заказ 85.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.