

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2025.1.83>

А. Н. Януль¹, И. В. Нагорнов¹, А. А. Бова¹, П. В. Криушев¹,
Ю. В. Медушевская², О. Б. Витковская²

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Кафедра военно-полевой терапии ВМедИ в УО «БГМУ»¹
ГУ «432 ордена Красной Звезды ГВКМЦ ВС РБ»²

В статье изложены современные представления о хроническом холецистите – концепция и дефиниции, эпидемиология, классификация, основные механизмы развития заболевания, диагностика и лечение.

Хронический холецистит – хроническое заболевание, вызванное продолжающимся воспалением желчного пузыря, приводящим к механической или физиологической дисфункции его опорожнения. Существуют две формы хронического холецистита – калькулезный (возникающий на фоне желчнокаменной болезни) и бескаменный (без желчных камней).

Ключевые слова: хронический холецистит, классификация, клинические проявления, лечение.

A. N. Yanul, I. V. Nagornov, A. A. Bova, P. V. Kriushev,
Y. V. Medushevskaya, O. B. Vitkovskaia

CHRONIC CHOLECYSTITIS

The article presents modern concepts of chronic cholecystitis – concept and definitions, epidemiology, classification, main mechanisms of disease development, diagnosis and treatment.

Chronic cholecystitis is a chronic disease caused by ongoing inflammation of the gallbladder, leading to mechanical or physiological dysfunction of its emptying. There are two forms of chronic cholecystitis – calculous (occurring against the background of cholelithiasis) and acalculous (without gallstones).

Key words: chronic cholecystitis, classification, clinical manifestations, treatment.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря (ЖП), вызванное преимущественно бактериальной инфекцией, проникшей гематогенным, лимфогенным, кишечным восходящим или транслокационным путем при условии застоя в нем желчи, изменения ее химических свойств (литогенность), проявляющиеся болевым, диспепсическим, общетоксикационным синдромами, желтухой и морфологическими признаками катарального, флегмонозного либо деструктивного воспаления, атрофией слизистой оболочки и склерозом стенки ЖП.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Эпидемиология хронического холецистита во многом параллельна эпидемиологии желчнокаменной болезни (ЖКБ). Примерно у 10–20 % населения мира в какой-то момент жизни образуются желчные камни, и примерно у 80 % из них заболевание протекает бессимптомно. Частота образования желчных камней увеличивается с возрастом. Более четверти женщин старше 60 лет имеют желчные камни. ЖКБ характеризуется достаточно высокой распространенностью в странах с «западным» стилем жизни: это заболевание регистрируют с частотой приблизительно

10–15 %. Столь высокую частоту, помимо вклада генетических факторов, объясняют особенностями питания – потреблением повышенного количества простых углеводов. В Африке, странах Азии и Японии распространённость ЖКБ 3,5–5 %. В эпидемиологическом исследовании NANESH-III отмечены значительные расовые различия в частоте развития ЖКБ, что подчеркивает важный вклад генетических факторов в патогенез болезни. Среди некоторых народностей частота развития ЖКБ чрезвычайно высока: у мексиканцев и чилийских индейцев вероятность образования желчных камней в течение жизни достигает 45–80 % [3, 5].

Ожирение увеличивает вероятность образования желчных камней, особенно у женщин из-за увеличения желчной секреции холестерина. С другой стороны, у пациентов с резкой потерей веса или голоданием более высокий риск образования желчных камней вследствие билиарного застоя. Кроме того, существует также гормональная связь с желчными камнями. Эстроген приводит к повышению уровня холестерина в желчи, а также снижению сократимости ЖП. У женщин репродуктивного возраста или принимающих эстрогенсодержащие контрацептивы наблюдается двукратное увеличение образования желчных камней по сравнению с мужчинами. У людей с хроническими заболеваниями, такими как сахарный диабет (СД), также наблюдается увеличение образования желчных камней, а также снижение сократимости стенки ЖП из-за нейропатии [1, 4].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Хронический холецистит чаще всего возникает на фоне ЖКБ.

Основные факторы риска развития хронического холецистита [1, 3]:

- возраст: заболеваемость четко коррелирует с возрастом;

- женский пол: риск развития у женщин выше примерно в 2–3 раза, что связывают с влиянием эстрогенов на литогенный потенциал желчи;

- беременность: риск развития повышается на фоне беременности, особенно при повторных беременностях (вероятность камнеобразования увеличивается в 10–11 раз). Билиарный сладж образуется у 20–30 % беременных, камни – у 5–12 %, однако зарегистрированы случаи спонтанного растворения камней после родов;

- заместительная гормональная терапия в период постменопаузы (риск развития возрастает в 3,7 раза);

- прием эстрогенов – у лиц обоих полов;

- отягощенная наследственность по ЖКБ (риск повышен в 4–5 раз);

- ожирение, гипертриглицеридемия: заболевание выявляют примерно у 20 % пациентов с метаболическим синдромом;

- СД (риск повышен в 3 раза);

- цирроз печени (риск повышен в 10 раз);

- применение ЛС, влияющих на концентрацию холестерина в желчи, моторику желчных путей или способных к кристаллизации в желчи (соматостатин, фибраты, цефтриаксон);

- быстрое похудение, бариатрические вмешательства (вероятность развития ЖКБ более 30 %);

- поражение терминальных отделов подвздошной кишки сопровождается нарушением энтерогепатической циркуляции желчных кислот;

- достаточно продолжительное полное парентеральное питание.

В последние десятилетия отмечается увеличение частоты развития ЖКБ у детей и подростков, наиболее вероятная причина которого – «эпидемия избыточной массы тела».

Окклюзия пузырного протока или нарушение механики опорожнения ЖП явля-

ются основными патологиями, лежащими в основе этого заболевания. Более 90 % хронического холецистита связано с наличием желчных камней. Желчные камни, вызывая периодическую обструкцию потока желчи, чаще всего путем блокирования пузырного протока, приводят к воспалению и отеку стенки ЖП. Окклюзия общего желчного протока (холедох), например, при новообразованиях или стриктурах, также может привести к застою потока желчи, вызывая образование желчных камней с последующим хроническим холециститом. Чаще всего присутствуют камни билирубината кальция или холестерина, которые могут различаться по размеру от песчаных до полностью заполняющих весь просвет ЖП. Они могут быть множественными или одиночными. При бескаменной болезни может быть обнаружен билиарный сладж или очень вязкая желчь.

Билиарный сладж (от лат. *biliaris* – желчный и англ. *sludge* – грязь, тина, ледяная каша, ил, взвесь) – это скопление кристаллов холестерина, пигментных кристаллов и солей кальция в одном образовании, возникающее в желчевыводящих путях (ЖВП) и ЖП (рис. 1). Эти признаки являются обычными предшественниками желчных камней и образуются из-за повышенного содержания желчных солей или стаза.



Рис. 1. Билиарный сладж

При хроническом холецистите обычно наблюдается гипертрофия мышечной оболочки и слизистой оболочки с различной степенью фиброза и эластоза. Стенка ЖП может быть утолщена в разной степени, и могут быть спайки с серозной поверхностью. В некоторых случаях из-за обширного фиброза ЖП может выглядеть сморщенным. Вариант, при котором отложение кальция и гиалиновый фиброз приводят к диффузному истончению стенки ЖП, называется гиалинизирующим холециститом. Хрупкая консистенция также дает ему название «фарфоровый желчный пузырь».

Различные виды бактерий можно обнаружить в 11–30 % случаев в желчи. Инфекция попадает в ЖП тремя путями: восходящим, гематогенным и лимфогенным (рис. 2).

Восходящим путем инфекция проникает из кишечника. Этому способствуют гипохлоридрия, нарушение функции СФО, экскреторная недостаточность ПЖ.

Гематогенным путем инфекция может проникнуть в ЖП из большого круга кровообращения по общей печеночной артерии (чаще при хроническом тонзиллите и других поражениях рото- и носоглотки) или из кишечника по воротной вене. Способствует этому нарушение барьерной функции печени.

Лимфогенным путем инфекция попадает в ЖП при аппендиците, воспалительных заболеваниях женской половой сферы, пневмонии и нагноительных процессах в легких.

Благоприятные условия для развития попавшей в ЖП инфекции создает «застой» желчи, обусловленный воздействием перечисленных выше причин. Если морфологические изменения развиваются только в слизистой оболочке ЖП и носят катаральный характер, то функция ЖП долгое время остается достаточно сохранной. Если же воспалительный процесс захватывает всю стенку ЖП, то происходят утолщение и склероз стенки, сморщивание

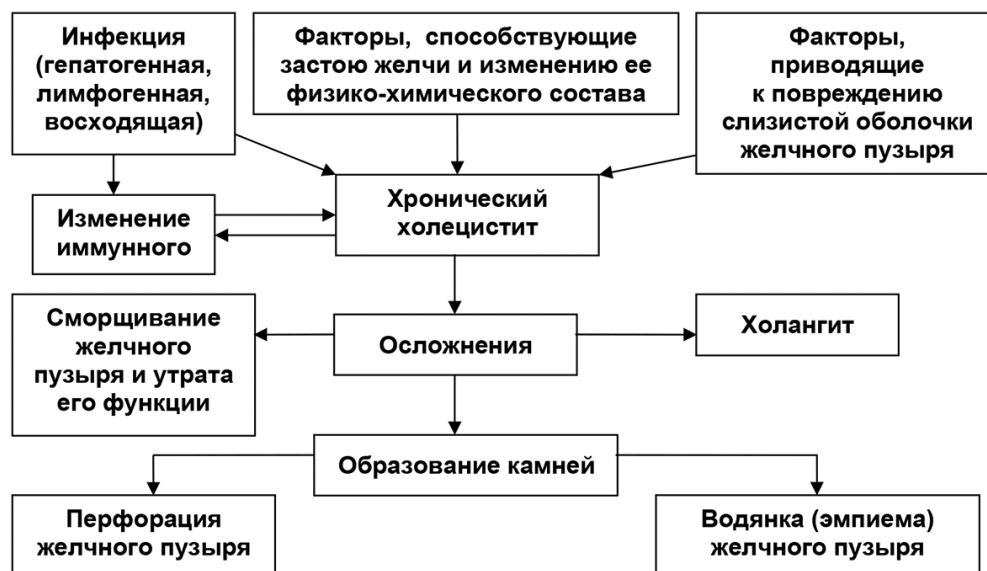


Рис. 2. Патогенез хронического холецистита

пузыря, утрачиваются его функции и развивается перихолецистит. Воспалительный процесс из ЖП может распространиться на желчные протоки и привести к холангиту. Помимо катарального воспаления, при холецистите может возникать флегмонозный или даже гангренозный процесс. В тяжелых случаях в стенке ЖП образуются мелкие абсцессы, очаги некроза, изъязвления, которые могут вызвать перфорацию или развитие эмпиемы.

Таким образом, при хроническом холецистите могут развиваться следующие осложнения: перихолецистит, холангит, перфорация, водянка, эмпиема ЖП, образование камней.

Вследствие чрезвычайно тесной анатомической и физиологической связи ЖП с близлежащими органами у пациентов с хроническим холециститом поражаются печень (гепатит), поджелудочная железа (панкреатит), желудок и ДПК (гастрит, дуоденит).

КЛАССИФИКАЦИЯ

Для классификации хронического холецистита используют следующие категории:

по этиологическому фактору: стафилококковый, стрептококковый, брюшнотифоз-

ный, протейный, шигеллезный, энтерококковый, вирусный, паразитарный;

по наличию конкрементов: бескаменный (акалькулезный, без холелитиаза), калькулезный;

по морфологии: катаральный, флегмонозный;

по клиническому течению: латентный, рецидивирующий, персистирующий;

по фазе заболевания: обострение, ремиссия;

по степени тяжести: легкая форма, средней тяжести, тяжелая форма;

по характеру моторно-эвакуаторных нарушений: с гипомоторной дискинезией ЖП; с гипермоторной дискинезией ЖП; без нарушения моторно-эвакуаторной функции;

по наличию осложнений: полипоз, абсцесс, перихолецистит, перфорация, обтурация пузырного протока.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Пациенты с хроническим холециститом обычно жалуются на тупую боль в правой верхней части живота, которая иррадирует вокруг талии в середину спины или правую лопатку. Боль может усиливаться при приеме жирной пищи, но классиче-

ская постпрандиальная боль острого холецистита встречается реже. У пациента появляются жалобы на тошноту и периодическую рвоту, метеоризм. Часто симптомы возникают вечером или ночью. Симптомы обычно присутствуют в течение недель или месяцев в отличие от резкого, тяжелого проявления острого холецистита. Может наблюдаться постепенное ухудшение симптомов или увеличение частоты эпизодов. Лихорадка и тахикардия встречаются редко. У пожилых пациентов с хроническим холециститом могут быть неопределенные симптомы, и они подвержены риску прогрессирования до осложненного заболевания. Следовательно, при диагностике этого состояния требуется высокий индекс клинической настороженности.

Симптоматика хронического холецистита проявляется следующими синдромами: болевым; диспепсическим; общей интоксикации (при обострении); кишечным дискинетическим; клинико-лабораторным; холестатическим (при холедохолитиазе); вовлечением других органов и систем.

Боли локализуются в правом подреберье, реже – в подложечной области; иррадиируют в правую лопатку, реже в правую половину грудной клетки, ключицу, поясницу; по характеру, как правило, тупые; могут беспокоить постоянно или возникают нечасто; продолжительность болей от нескольких минут и часов до нескольких дней; обусловлены нарушением диеты (после приема жирной, жареной пищи, переедания), волнением, охлаждением, инфекцией, физическим напряжением. У пациентов при легком течении хронического холецистита болей может не быть. При обострении характер боли становится похожим на приступ острого холецистита, интенсивность резко выражена.

Диспепсический синдром проявляется тошнотой, «пустой» отрыжкой, чувством горечи во рту, рвотой, изменением аппетита, плохой переносимостью некоторых видов пищи (жирная, алкоголь, продукты

содержащие уксус). Возможна рвота, не приносящая облегчения.

Синдром общей интоксикации связан с воспалением ЖП. Фебрильная температура с жалобами на кожный зуд даже при отсутствии желтухи характерна для холангита.

При пальпации выявляются зоны кожной гиперестезии преимущественно в правом подреберье и под правой лопаткой (характерный симптом хронического холецистита). В тяжелых случаях она распространяется вверх и вниз. При поверхностной пальпации живота выявляют степень напряжения мышц брюшной стенки в правом подреберье и там же область наибольшей болезненности. При глубокой пальпации симптомом хронического холецистита является болезненность в области проекции ЖП при вдохе (симптом Кера). Болезненность при поколачивании по правому подреберью (симптом Лепене), по реберной дуге справа (симптом Грекова-Ортнера) и при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудно-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Георгиевского-Мюсси, или френикус-симптом) также относятся к признакам, встречающимся чаще при хроническом холецистите. При неосложненном течении хронического холецистита ЖП не пальпируется. Пальпирующийся ЖП это признак осложнения (водянка, эмпиема). Увеличенный ЖП может определяться при сдавлении холедоха увеличенной головкой ПЖ (хронический панкреатит, рак головки ПЖ) или же при воспалительных (опухолевых) изменениях фатерова соска (БДС), также обуславливающих нарушение оттока по холедоху [3, 4].

Выявление экстрасистол (особенно у лиц молодого возраста) может быть свидетельством холецистокардиального синдрома.

При закупорке холедоха (сгустком желчи, камнем) наблюдается желтуха кожи и слизистых оболочек. Субиктеричность

склер, небольшая желтушность кожи выявляются при обострении хронического холецистита без закупорки.

При обострении хронического холецистита, кроме синдромов боли и диспепсии, выявляются острофазовые показатели в крови (лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ, СРБ) и биохимические изменения: прямая гипербилирубинемия и гипераминотрансфераземия.

Хронический холецистит может протекать без осложнений. При длительном течении или тяжелой форме заболевания развиваются осложнения.

Для персистирующего течения заболевания характерно отсутствие ремиссий. Пациенты постоянно испытывают боль, тяжесть в правом подреберье или эпигастрии, диспепсические расстройства.

При рецидивирующем хроническом холецистите период обострения сменяется полной или относительной ремиссией (все клинические симптомы полностью исчезают или значительно уменьшаются, все признаки воспаления отсутствуют).

ДИАГНОСТИКА

При изучении анамнеза выявляют факторы, способствующие развитию заболевания или обострения (наследственный анамнез связанный с патологией ЖВП, нарушение режима питания и погрешности в диете, перенесенные заболевания: вирусный гепатит, дизентерия, заболевания желудка, кишечника и др.).

На первом этапе диагностического поиска выявляют: а) болевой синдром, и его характеристику; б) диспепсический синдром; в) симптомы вовлечения других органов и систем; г) факторы развития и обострения заболевания; д) характер течения заболевания. На первом этапе может сложиться достаточно убедительное впечатление о вовлечении в патологический процесс ЖВП. Характер заболевания, его нозологическую принадлежность определяют

только по данным, полученным на последующих этапах обследования.

На втором этапе диагностики обнаруживают симптомы поражения ЖП и вовлечения в процесс других органов. При обследовании пациента необходимо обратить внимание на зоны кожной гиперестезии, преимущественно в правом подреберье и под правой лопаткой (характерный симптом хронического холецистита). В тяжелых случаях зоны кожной гиперестезии более обширны. При дисфункции ЖВП гиперестезия выражена слабо или отсутствует.

Решающее значение для уточнения характера поражения ЖП принадлежит *третьему этапу диагностического поиска*. На этом этапе: а) уточняют степень выраженности (активности) воспалительного процесса; б) выявляют нарушения липидного и пигментного обменов; в) уточняют степень вовлечения в патологический процесс печени, ПЖ и др. органов; г) выявляют функциональное состояние ЖП (моторная, эвакуаторная, концентрационная функции); д) определяют наличие (или отсутствие) камней, развитие осложнений; е) ставят окончательный клинический диагноз.

Лабораторные исследования не являются специфичными или чувствительными при диагностике хронического холецистита. Лейкоцитоз и аномальные показатели функции печени могут отсутствовать у этих пациентов, в отличие от острого заболевания. Однако следует провести основные лабораторные исследования в виде метаболической панели, функции печени и полного анализа крови. Кардиологические исследования, включая ЭКГ и определение уровня тропонинов, следует рассматривать в соответствующих клинических условиях.

Основным методом диагностики является трансабдоминальное УЗИ, которое легко доступно в большинстве организаций здравоохранения, в пользу хронического холецистита свидетельствует увеличение толщины стенки ЖП (2–4 мм). Утолщение стенки ЖП ≥ 4 мм, наличие жидкости



Рис. 3. Хронический холецистит

в околопузырном пространстве или резкой болезненности при надавливании датчиком в точке ЖП на высоте вдоха (ультразвуковой симптом Мерфи) свидетельствуют в пользу острого холецистита и требуют немедленной госпитализации пациента [1, 3]. Данное исследование также помогает в оценке наличия желчных камней или билиарного сладжа. При проведении УЗИ ОБП вне обострения выявляется утолщение и уплотнение стенки ЖП (склероз). При обострении – пристеночная негетогенность (воспаление слизистой оболочки, фибрин, детрит, удвоение контуров пузыря) (рис. 3).

Эзофагогастродуоденоскопия: при повышении давления в холедохе, связанного с ущемлением камня в ампуле фатерова соска, воспалением или его стенозом (рубцы, опухоль), наблюдается характерное выбухание проксимального отдела продольной складки ДПК. При холангите часто возникает сопутствующее воспаление фатерова соска (папиллит). Эндоскопическая манометрия СФО с помощью специального трехпросветного катетера, вводимого через дуоденоскоп в холедох или панкреатический проток, позволяет оценить функциональное состояние непосредственно самого сфинктера, точно определить длину его зоны. Признаком дисфункции СФО является повышение базального давле-

ния в просвете сфинктеров (>40 мм рт. ст.). Это исследование проводят только при отсутствии камней в ЖВП.

Дополнительные инструментальные исследования: динамическая гепатобилисцинтиграфия (холесцинтиграфия), КТ/МРТ-ХПГ, ЭРХПГ, эндо-УЗИ.

КТ с внутривенным контрастом обычно выявляет ЖКБ, повышенное разбавление желчи и утолщение стенки ЖП. Сам ЖП может оказаться растянутым или суженым, однако перихолецистическое воспаление и скопление жидкости обычно отсутствуют. Растянутый ЖП и повышенное усиление прилегающей печеночной ткани больше свидетельствуют в пользу острого холецистита, тогда как гиперусиление стенки ЖП чаще наблюдается при хроническом заболевании. Учитывая совпадение результатов при остром и хроническом холецистите, иногда УЗИ ОБП и КТ могут быть достаточными для постановки окончательного диагноза.

МРТ является полезной альтернативой для пациентов, которые не могут пройти КТ из-за противопоказаний к исследованию.

Диагностическим тестом выбора для подтверждения хронического холецистита является динамическая гепатобилисцинтиграфия или HIDA-сканирование с холецистокинином (ССК). Наиболее распространенными сцинтиграфическими результатами являются задержка визуализации ЖП (от 1 до 4 часов) и задержка увеличения времени транзита желчи в кишечник. Индикатор вводится внутрисосудисто и концентрируется в ЖП. Затем вводится ССК и рассчитывается процент опорожнения ЖП (фракция выброса – EF). EF ниже 35 % на 15-минутном пределе считается дискинетическим ЖП и предполагает хронический холецистит [4, 5].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Проводить дифференциальную диагностику хронического холецистита необходимо прежде всего с дисфункцией ЖП и СФО [2].

Существуют и другие распространенные патологические состояния, которые могут имитировать проявления хронического холецистита. Общие клинические признаки этих заболеваний, следующие [4]:

- острый холецистит: постоянная, сильная боль в правой части живота, длящаяся часами, в сочетании с лихорадкой, тошнотой и рвотой, указывает на острый холецистит;

- рак желчного пузыря: хронические абдоминальные симптомы, связанные с потерей веса или другими конституциональными симптомами, должны вызывать онкологическую настороженность. Визуализация и гистология полезны для постановки окончательного диагноза;

- гастродуоденальная язва: наличие боли в эпигастриальной области и быстрого насыщения должно насторожить при подозрении на язву желудка или ДПК. Тревожные симптомы включают потерю веса, анемию, мелену;

- ГЭРБ: ощущение жжения за грудиной, которое связано с рефлюксом желудочного содержимого;

- рак желудка: наличие тревожных симптомов гастродуоденальной язвы, упорной рвоты, признаков злокачественности или других симптомов тревоги и факторов риска должно насторожить относительно возможности этого заболевания;

- инфаркт миокарда: в случаях ишемии нижней стенки или правого желудочка, симптомами могут быть боль в эпигастрии с тошнотой и рвотой. Другие симптомы, такие как головокружение или одышка или факторы риска коронарной ишемии, должны побудить к обследованию сердечно-сосудистой системы;

- мезентериальная ишемия: острый вариант проявляется сильной острой болью в животе, а хронический вариант обычно сопровождается болью после приема пищи. Пожилой возраст, факторы риска атеросклероза, кровь в стуле и потеря веса

являются тревожными признаками этого состояния;

- мезентериальный васкулит: наличие постоянных абдоминальных симптомов, необъяснимых регулярным обследованием, и наличие других признаков, соответствующих системному васкулиту, могут быть связаны с этим относительно недооцененным, но опасным заболеванием.

ЛЕЧЕНИЕ

Цель – уменьшение болевого синдрома, степени воспаления ЖП путем проведения антибактериальной, противовоспалительной, обезболивающей терапии; коррекция нарушений функции ЖП, сфинктерного аппарата билиарного тракта.

Показанием для госпитализации пациента с хроническим холециститом является обострение средней и тяжелой степени, наличие осложнений. При легкой степени тяжести и при отсутствии осложнений заболевания, допускается лечение пациентов в амбулаторных условиях.

При хроническом холецистите в фазе обострения из рациона необходимо исключить продукты раздражающего действия на слизистую оболочку: консервы и маринады, алкоголь; газированные напитки, острое, соленое, копченое, овощи, богатые эфирными маслами (редис, редька, репа, лук, чеснок), ограничивают употребление шоколада и выпечки. В отношении употребления жиров и яичных желтков придерживаются индивидуального подхода, исходя из переносимости и наличия желчных камней. Среди жиров животного происхождения предпочтение отдают сливочному маслу как наиболее легко усваиваемому. После купирования воспаления – диета П, дробное питание [3].

Пациентам с болевым синдромом с целью его купирования рекомендуется назначение спазмолитиков парентерально или перорально до момента разрешения

симптомов. Более предпочтительно применение спазмолитиков с минимально выраженными системными эффектами, в частности, таких как гимекромон (по 200-400 мг 3 раза/сут, как правило, курсами по 2 недели), гиосцина бутилбромид (по 10–20 мг 3 раза/сут внутрь или ректально, как правило, курсами до 1 месяца), мебеверина гидрохлорид (по 200 мг 2 раза/сут внутрь, как правило, курсами до 1 месяца). Неселективные миотропные спазмолитики: дротаверин 80 мг 3 раза/сут, отилония бромид 40 мг 3 раза/сут, они применяются кратковременно и при острых спастических состояниях типа колики. При выраженных болях возможно кратковременное применение ненаркотических анальгетиков, например, метамизол натрия по 2,0 мл 50 % или 5,0 мл 25 % раствора внутривенно или внутримышечно. При уменьшении болевого синдрома переходят на прием перечисленных выше ЛС внутрь. Как правило, боли купируются в первые 1–2 недели от начала лечения, обычно терапия этими ЛС не превышает 3–4 недель [2, 3].

Боли при хроническом холецистите зависят не только от выраженных дискинетических расстройств ЖП, сфинктеров билиарного тракта, но и от интенсивности воспалительного процесса в ЖВП. В связи с этим раннее применение антибактериальной терапии оказывается весьма эффективным. Вопрос о назначении эмпирической антибиотикотерапии (до получения результатов микробиологического исследования) решается, исходя из степени активности воспалительного процесса и условий его развития, а также имеющихся данных по антибиотикорезистентности в данной местности. Если принято решение о назначении антибиотикотерапии, следует выбирать препараты, накапливающиеся в желчи и при этом не обладающие существенным гепатотоксическим потенциа-

лом. Спектр антибактериального действия должен охватывать основные грамотрицательные анаэробные микроорганизмы, обитающие в кишечнике (в особенности, *E. coli*, *Bacteroides*). Предпочтение следует отдавать антибиотикам, устойчивым к пенициллиназе. Целесообразно назначение терапии на основе производного пеницилинов (ампициллина/сульбактама), цефалоспорина (цефазолина, цефотиама, цефуроксима, цефтриаксона (возможно – в сочетании с метронидазолом), цефокситина, цефоперазона/сульбактама); карбапанема (эртапенема); фторхинолона (ципрофлоксацина, левофлоксацина, моксифлоксацина, возможно – в сочетании с метронидазолом). Лечение антибактериальными ЛС проводят 8–10 дней.

В случае обнаружения паразитарной инвазии проводят соответствующую терапию. При лямблиозе назначают метронидазол по 250 мг 3 раза в сутки после еды в течение 7 дней или фуразолидон по 150 мг 3–4 раза в сутки.

При билиарном сладже применяют ЛС для перорального литолиза – препараты урсодезоксихолевой кислоты, доза составляет 10–15 мг на 1 кг массы тела в день или хенодезоксихолевой кислоты 10 мг на 1 кг массы тела в день [3].

Хирургическое лечение. Абсолютными показаниями для хирургического лечения являются осложнения хронического холецистита.

Предпочтительным методом лечения хронического холецистита является плановая лапароскопическая холецистэктомия. Открытая холецистэктомия также является вариантом, однако требует госпитализации и более длительного времени восстановления. Эта операция показана пациентам, которые не являются кандидатами на лапароскопию, например, тем, у кого были обширные предыдущие операции и спайки [4].

Литература

1. Ливзан М. А., Гаус О. В., Лисовский М. А. Патология билиарного тракта: от МКБ-10 к МКБ-11. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (2): 98–107. DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-2-98-107

2. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Шутьпекова Ю. О. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии желчевыводящих путей. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018; 28 (3): 63–80.

3. Холеститит. Клинические рекомендации РГА, РОПИП, РЭндО. 2021. Клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению холеститита (2021).

4. Jones M. W., Gnanapandithan K., Panneerselvam D., Ferguson T. Chronic Cholecystitis. 2023 Aug 8. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

5. Jones M. W., Ferguson T. Acalculous Cholecystitis. 2023 Apr 24. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2024 Jan.

References

1. Livzan M. A., Gaus O. V., Lisovskij M. A. Patologiya biliarnogo trakta: ot MKB-10 k MKB-11. Effektivnaya farmakoterapiya. 2024; 20 (2): 98–107. DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-2-98-107

2. Ivashkin V. T., Maev I. V., SHul'pekova YU. O. i dr. Klinicheskie rekomendacii Rossijskoj gastroenterologicheskoj asociacii po diagnostike i lecheniyu diskinezii zhelchevyvodyashchih putej. Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2018; 28 (3): 63–80.

3. Holecistit. Klinicheskie rekomendacii RGA, ROPIP, REndO. 2021. Klinicheskikh rekomendacij Rossijskoj gastroenterologicheskoj asociacii po lecheniyu holecistita (2021).

4. Jones M. W., Gnanapandithan K., Panneerselvam D., Ferguson T. Chronic Cholecystitis. 2023 Aug 8. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

5. Jones M. W., Ferguson T. Acalculous Cholecystitis. 2023 Apr 24. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2024 Jan.

Поступила 15.10.2024 г.