

ФГБОУ ВО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней педиатрического и
стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа по производственной практике «Помощник врача стационара»

на тему:

**Хронический холецистит. Этиология,
патогенез хронического бескаменного
холецистита. Клиническая картина,
диагностика. Диетотерапия, принципы
медикаментозного лечения.**

5. 

Выполнила: студентка 5 группы,
4 курса, педиатрического факультета
Жукова Ю. А.

Проверил: к.м.н., доцент Павел Робертович Ягупов

Волгоград – 2018 г.

Оглавление

Введение.....	3
Классификация хронического холецистита	4
Этиология и патогенез хронического бескаменного холецистита.....	5
Клиническая картина хронического бескаменного холецистита.....	7
Атипичные формы хронического бескаменного холецистита.....	9
Диагностика хронического бескаменного холецистита.....	11
Лабораторные исследования.....	11
Инструментальное обследование.....	13
Дифференциальная диагностика и осложнения хронического бескаменного холецистита.....	14
Диетотерапия	15
Лечение.....	16
Профилактика	19
Заключение.....	20
Список литературы	21

Введение

Хронический холецистит является актуальной медицинской и социально-экономической проблемой. Это самое распространенное заболевание в структуре патологии органов пищеварения. По данным различных авторов, в последние 10 лет частота этой патологии резко увеличилась: воспалительные изменения и конкременты в желчном пузыре выявляются у 10–20% населения европейских стран, и по дальнейшим прогнозам он будет увеличиваться, что связано с нарушением характера питания, отрицательными экологическими факторами, радиацией и другими причинами.

Патология билиарного тракта занимает одно из центральных мест в современной гастроэнтерологии в связи с широким распространением как функциональных, так и органических заболеваний желчного пузыря и желчных путей. Болезни желчного пузыря в общетерапевтическом стационаре регистрируются у 5–10 % больных. С диагнозом хронического холецистита ежегодно госпитализируется около 1 млн чел.

В зарубежной литературе хронический бескаменный (некалькулезный) холецистит как нозологическая форма не выделяется. Хронический холецистит рассматривают как физико-химическую стадию холестеринового калькулеза, при которой необходимо назначать превентивную терапию с целью предотвращения образования истинных камней. Хронический бескаменный холецистит большинством авторов рассматривается как начальная стадия желчнокаменной болезни, так как при воспалительном процессе в желчном пузыре изменяется биохимическая структура желчи, и желчь приобретает литогенные свойства. Следовательно, раннее выявление и лечение хронического некалькулезного холецистита может служить профилактикой образования камней в желчном пузыре.

Цель работы: изучить особенности такого заболевания как хронический бескаменный холецистит (далее – ХБХ).

Задачи работы:

- Определить принципы классификации хронического холецистита;
- Определить основные этиологические факторы возникновения ХБХ;
- Выделить патогенетические основные ХБХ;
- Выделить основные клинические проявления ХБХ;
- Изучить принципы диагностики ХБХ;
- Провести дифференциальную диагностику ХБХ;
- Определить осложнения ХБХ;
- Определить принципы медикаментозного лечения ХБХ;
- Выделить основные принципы диетотерапии при ХБХ;
- Изучить методы профилактики ХБХ.

Классификация хронического холецистита

Клинически хронический холецистит подразделяют на две основные формы заболевания:

- хронический бескаменный холецистит;
- хронический калькулёзный холецистит.

Некалькулёзным холециститом в 20-30% случаев заболевают молодые, калькулёзным чаще (в 60-70% случаев) болеют лица среднего возраста.

По степени тяжести выделяют лёгкую, среднюю и тяжёлую формы.

По характеру течения холецистита выделяют:

- хронический рецидивирующий холецистит (с частыми или редкими обострениями),
- вялотекущий хронический холецистит
- имеющий атипическое течение.

По фазе заболевания:

- обострение,
- затухающее обострение,
- ремиссия.

По клиническим проявлениям:

- ❖ с преобладанием воспалительного процесса
- ❖ с преобладанием дискинезии (Р.Иванченкова, 2006).

По функциональному состоянию желчного пузыря и желчных путей выделяют:

– дискинезию желчных путей по гипертонически-гиперкинетическому типу;

– дискинезию желчных путей по гипотонически-гипокинетическому типу;

– без дискинезии желчных путей;

– «отключённый» желчный пузырь.

В зависимости от клинического течения:

- типичная форма;
- атипичные формы:
 - кардиалгическая,
 - поясничная,
 - гастродуоденальная,
 - эзофалгическая,
 - кишечная.

Этиология и патогенез хронического бескаменного холецистита

Хронический бескаменный холецистит – хроническое рецидивирующее заболевание, проявляющееся длительным воспалительным процессом в стенке желчного пузыря, приводящим к атрофии и склеротическим изменениям стромы, сочетающееся с функциональными нарушениями желчного пузыря и сфинктерного аппарата билиарного тракта и изменениями физико-химических свойств и биохимической структуры желчи.

Этиология и патогенез

В развитии бескаменного холецистита основную роль играют три компонента:

- 1) бактериальная инфекция, проникающая ретроградно по желчным ходам или гематогенным путям;
- 2) застой желчи;
- 3) изменения физико-химического состава желчи.

Факторы риска и причины развития:

- Инфекция (кишечная палочка, кокки, вирусы и др.);
- Несбалансированное питание;
- Нарушения иммунной системы;
- Патология нервной и эндокринной системы;
- Паразитарная инвазия;
- Панкреато-билиарный рефлюкс;
- Врожденные деформации желчного пузыря;
- Микроциркуляторные нарушения;
- Стаз желчи и дисхолия.

Основная роль в развитии ХБХ отводится инфекции, которая попадает в желчный пузырь тремя путями:

1. Восходящим — из кишечника (способствует гипо- и ахлоргидрия, дисфункция сфинктера Одди, дискинезия желчного пузыря по гипотонически-гипокинетическому типу, дуоденостаз).

2. Нисходящим (гематогенным) — из большого круга кровообращения по печеночной артерии или из кишечника по воротной вене.

3. Лимфогенным — при аппендиците, воспалительных заболеваниях женской половой сферы, пневмонии и нагноительных процессах в легких.

Изменения в химическом составе желчи (дискриния) в виде увеличения концентрации солей желчных кислот могут вызвать асептическое воспаление желчного пузыря. Доказано значение рефлюкса сока поджелудочной железы, являющегося следствием нарушения физиологических механизмов фатерова сосочка при общей ампуле для выводных протоков печени и поджелудочной железы, в желчевыводящие пути в генезе холецистита. При свободном оттоке в двенадцатиперстную кишку панкреатического сока изменений в желчном пузыре не выявляется, но при нарушении оттока и нарастании гипертензии в желчевыводящей системе растяжение желчного пузыря приводит к изменению нормального капиллярного кровотока в стенке пузыря. Это

вызывает нарушение тканевого обмена, повреждение клеточных элементов и выделение цитокиназы, которая переводит трипсиноген в трипсин, что приводит к развитию ферментативных холециститов.

В регуляции двигательной активности билиарной системы принимают участие парасимпатический и симпатический отделы вегетативной нервной системы, а также эндокринная система, обеспечивающие синхронизированную последовательность сокращения и расслабления ЖП и сфинктерного аппарата. Ведущая роль в регуляции процессов желчевыделительной системы принадлежит гастроинтестинальным гормонам (холецистокинин-панкреозимин, гастрин, секретин, мотилин, глюкагон), наиболее сильный эффект оказывает холецистокинин-панкреозимин (ХЦК-ПЗ). У здорового человека ХЦК-ПЗ приводит к уменьшению объема желчного пузыря на 30—80% (пища с высоким содержанием жиров способствует уменьшению объема желчного пузыря до 80%).

Значительную роль в патогенезе ХБХ имеют дисфункции ЖП и сфинктерного аппарата ЖВП, которые возникают в результате стресса, гиподинамии, переедания, а также нарушений моторно-тонической функции ЖП, особенно в сочетании с дисхолией, что способствует развитию асептического воспаления в слизистой оболочке. В дальнейшем присоединяется инфекция.

При ХБХ в результате дисфункции ЖП и сфинктерного аппарата желчных путей развивается билиарная недостаточность, нарушается полостное пищеварение, а при обострении заболевания страдает и этап мембранного пищеварения — снижается активность кишечных ферментов, а также дипептидаз.

В хронизации патологического процесса и обострений ХБХ важная роль принадлежит состоянию иммунной системы.

Воспаление ЖП обусловлено пищевыми, лекарственными агентами, аллергическими и аутоиммунными процессами (повышается секреторный IgA, который является «первой линией обороны» на пути проникновения инородных агентов, блокирует их проникновение во внутреннюю среду).

Если хроническое воспаление в ЖП не развивается на фоне ЖКБ, то ХБХ, все равно, рассматривается как физико-химическая стадия развития калькулезного процесса. Особенного внимания требуют больные с холестатическими формами дискинезии билиарного тракта (застойный ЖП в сочетании со спазмом сфинктера Одди).

Возможно также повреждение стенки ЖП панкреатическими ферментами вследствие повышения давления в ампуле общего желчного протока припанкреато-билиарном рефлюксе. Такие формы холецистита относят к ферментативным.

Клиническая картина хронического бескаменного холецистита

Хронический холецистит характеризуется длительным прогрессирующим течением с периодическими обострениями. Симптоматика заболевания обусловлена наличием воспалительного процесса в желчном пузыре и нарушением поступления желчи в двенадцатиперстную кишку. Для хронического холецистита характерными являются: болевой синдром; диспепсический синдром; воспалительно-интоксикационный синдром, синдром желтухи; атипичные формы хронического холецистита.

При всех формах хронического холецистита отмечается плохая переносимость жирной, жареной и острой пищи, газированных напитков, алкоголя. Болевой синдром – основной в клинике хронического холецистита.

Боль обычно локализуется в правом подреберье и подложечной области. Она имеет тупой, ноющий, давящий характер. Иногда больного беспокоит только чувство тяжести в правом подреберье, усиливающееся после погрешностей в диете. Острые, интенсивные боли – схваткообразные, режущие – возникают редко. Интенсивность и характер болевых ощущений в значительной степени зависят от преобладающего типа дискинезии желчного пузыря и сфинктерного аппарата внепечёночных желчных

Возникновение боли в правом подреберье при хроническом холецистите обычно связано с нарушением диеты (употребление жирных и жареных блюд, острых закусок, вина и пива, газированных напитков), может возникать при значительной физической нагрузке (подъём тяжести), психоэмоциональном стрессе, сопутствующей инфекции. Иррадиация боли направлена вправо, вверх и кзади (в правую лопатку, в правую половину грудной клетки, в правое плечо и предплечье).

Интенсивность боли зависит от степени стенозирования и локализации воспалительного процесса, наличия и типа дискинезии. Интенсивная приступообразная боль характерна для воспалительного процесса в шейке и протоке желчного пузыря, постоянная – для поражения тела и дна пузыря. При атипичном расположении желчного пузыря боль может локализоваться в эпигастрии, у мечевидного отростка, вокруг пупка, в правой подвздошной области. При пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье, определяются положительные болевые симптомы холецистита (Керра, Мерфи, Василенко, Грекова – Ортнера и др.).

Диспепсические проявления связаны с нарушением желчевыделения и изменениями биохимического состава желчи:

– горечь во рту и «горькая» отрыжка обусловлена билиарной гипертензией;

– метеоризм, жжение, отрыжка «тухлым», запор или понос, снижение аппетита;

– выделение желчи в периодах между приемами пищи может стать причиной билиарного рефлюкса, развития дисбактериоза кишечника, возникновения холангита.

При лёгкой форме болевой синдром выражен нерезко, обострения случаются 1-2 раза в год, продолжаются не более 2-3 недель. Боль локализуется в правом подреберье, монотонна, возникает через 1-3 часа после приёма обильной, особенно жирной и жареной пищи. Боль иррадирует в правое плечо и правую лопатку. Диспепсические явления отсутствуют, температура в пределах нормы. Боль чаще проходит самостоятельно. Механизм боли — чаще дистензионный, реже — спастический, по типу неинтенсивных желчных коликов. При лёгкой форме хронического холецистита больные часто не замечают своего заболевания. УЗИ органов брюшной полости позволяет выявить у таких больных наличие хронического бескаменного или калькулёзного холецистита.

При холецистите средней степени тяжести обострения наступают 3-4 раза в год и являются более продолжительными. Приступы желчных коликов могут наступать до 5-6 раз в течение года. Боль может быть интенсивной, с типичной иррадиацией. Она возникает при малейшей погрешности в диете, физическом и эмоциональном перенапряжении. Больного часто беспокоит тошнота, на высоте болевого приступа бывает рвота пищей или желчью. Может беспокоить метеоризм, отмечается чередование поносов и запоров. Работоспособность снижается, больной становится раздражительным, страдает от бессонницы. Температура тела субфебрильная.

При холецистите с тяжёлым течением обострения заболевания наблюдаются 5 и более раз в году. Болевой синдром и диспепсические явления резко выражены. Во время обострения часто повышается температура. Могут развиваться осложнения, такие как перихолецистит, холангит, гнойно-деструктивное воспаление желчного пузыря. Следует отметить, что тяжёлое течение чаще наблюдается при калькулёзном холецистите.

Для больных хроническим холециститом характерны жалобы на боли в правом подреберье, иногда в эпигастральной области, которые связаны с погрешностями в диете (употребление жирной пищи, острых приправ). Боль или ощущение тяжести в правом подреберье сочетаются с диспепсическими жалобами — отрыжкой, тошнотой, вздутием живота. Больной жалуется на горечь и сухость во рту, общую слабость.

При вялотекущей форме хронического холецистита на первый план выступают диспепсические жалобы. Больного беспокоит чувство тяжести в эпигастрии и правом подреберье, мучают изжога и метеоризм. Отмечаются постоянные, монотонные, ноющие тупые боли в правом подреберье и эпигастральной области, иррадиирующие в спину и правую лопатку. Боль может сочетаться с диспепсическими жалобами (на изжогу, тошноту, отрыжку пищей и воздухом, метеоризм).

У некоторых больных отмечаются явления дисфункции сфинктера большого дуоденального соска.

Обострение наступает после употребления острой, жареной и жирной пищи, подъёма тяжестей, тряской езды. Характерным является неустойчивый

стул – поносы чередуются с запорами. Воспалительно-интоксикационный синдром – при обострении хронического холецистита периодически наблюдаются субфебрилитет, выраженная потливость, слабость, не связанные с простудными заболеваниями.

Сильный озноб, лихорадка всегда являются следствием гнойного воспаления желчного пузыря, абсцесса печени. Следует помнить, что у лиц пожилого возраста и ослабленных больных температура тела даже при гнойном холецистите может быть субфебрильной или даже нормальной вследствие пониженной реактивности.

При развитии перихолецистита клиническая симптоматика заболевания расширяется. Болевой синдром становится более выраженным, что обусловлено вовлечением в патологический процесс органов, окружающих желчный пузырь. Для перихолецистита характерна боль, усиливающаяся при движении. При вовлечении в процесс поджелудочной железы боль может приобретать опоясывающий характер и иррадиировать в левую половину грудной клетки.

Для хронической рецидивирующей формы характерны периодические обострения заболевания, которые могут быть частыми или редкими. Приступы бывают спонтанными, но иногда больная связывает их возникновение с физическим напряжением, эмоциональным стрессом, погрешностями в питании. При этом появляются острые, пронзающие боли в правом подреберье или в эпигастриальной области, схожие с таковыми при желчной колике. Боль иррадирует в спину и правую лопатку. Длительность болевого приступа составляет от нескольких минут до нескольких суток. Провоцирующими факторами обычно бывают погрешности в диете, психоэмоциональная и физическая нагрузки. Одновременно с болевым приступом начинаются тошнота и рвота с примесью желчи в рвотных массах. Температура тела может повышаться, сопровождаться ознобами, что наблюдается у больных с выраженным воспалительным процессом в желчном пузыре. Присоединяются явления интоксикации, диспепсические расстройства.

Желтуха является редким проявлением хронического холецистита и связана с затруднением оттока желчи из-за скопления слизи, эпителия или паразитов в общем желчном протоке или развившемся холангите. Иногда больные могут жаловаться на кожный зуд, субиктеричность склер, кратковременную преходящую желтуху, что объясняется включением в процесс сфинктера Одди.

Атипичные формы хронического бескаменного холецистита

У 1/3 больных ХБХ отмечаются атипичные формы.

Кардиалгическая форма характеризуется длительными тупыми болями в предсердечной области, экстрасистолией, возникающей после обильной еды, нередко в положении лежа. На ЭКГ — уплощение, а иногда инверсия зубца Т.

У подростков и молодых людей заболевание может напоминать латентную форму ревматизма с длительным субфебрилитетом, болями в суставах на фоне астении (**ревматическая форма**)

Эзофагалгическая форма характеризуется упорной изжогой, сочетающейся с тупой длительной болью за грудиной, после обильной еды иногда появляется ощущение «кола» за грудиной. Иногда возникает легкая непостоянная дисфагия.

Кишечная форма протекает со вздутием живота, малоинтенсивной, четко не локализованной болью по всему животу, склонностью к запорам.

Поясничная форма: боль напоминает такую же как при остеохондрозе, спондилезе, локализуется на уровне 9 и 12 грудных ребер при отсутствии симптомов со стороны брюшной полости.

Гастродуоденальная форма напоминает обострение хронического гастродуоденита. Беспокоят боли в эпигастральной области.

Диагностика хронического бескаменного холецистита

Лабораторные исследования

Проводятся общий анализ крови и мочи, биохимический анализ (определяют содержание билирубина и его фракций, холестерина, активность трансаминаз – АсАТ и АлАТ, щелочной фосфатазы, α -амилазы, содержание серомукоида, фибрина, общего белка и его фракций).

Общий анализ крови в период ремиссии остаётся нормальным, в период обострения в периферической крови отмечается умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ.

Показатели биохимического анализа крови в период ремиссии также в норме. При обострении повышается содержание билирубина, увеличивается активность трансаминаз (АсАТ, АлАТ) и щелочной фосфатазы (последнее указывает на развитие холестаза), увеличение альфа-2-глобулина, положительный «С»-реактивный белок, повышаются сиаловые кислоты, фибрин, уровень связанного билирубина, ГГТП.

Основным методом лабораторной диагностики ХБХ является многомоментное хроматическое дуоденальное зондирование (МХДЗ) с бактериологическим и биохимическим исследованием желчи.

I фаза — базальной секреции желчи. В ответ на раздражение стенки ДПК начинает выделяться порция «А» — смесь соков ДПК, поджелудочной железы, желудочного сока и желчи. У здоровых людей она прозрачна, имеет золотисто-желтый цвет, время вытекания 20-40 минут, объем = 15-45 мл. рН-слабощелочная, плотность— 1007-1015.

II-фаза — закрытого сфинктера Одди. На этом этапе желчь не выделяется. В норме продолжительность фазы от 2-х до 6 минут. Характеризует холестатическое давление в билиарном тракте, готовность ЖП к опорожнению и его тонус. О гипертонической дискинезии желчного пузыря следует говорить, когда в пробирку поступает пузырьная желчь сразу же или до 2-х минут после развязывания дуоденального зонда. Если в течение 6 и более минут отсутствует выделение в пробирку желчи, это указывает на гипертонус сфинктера Одди.

III фаза — время закрытия сфинктера Люткенса — время от начала открытия сфинктера Одди до появления в пробирке окрашенной пузырьной желчи. В норме эта фаза длится 2-3 минуты, выделяется 3-5 мл желчи из общего желчного протока.

IV фаза — желчного пузыря, порция «В». Характеризует напряжение секреции пузырьной желчи. После введения раздражителя в течение 20—40 минут выделяется 30-60 мл интенсивно коричневой окраски желчи, рН = 6,5 — 7,5, плотность — 1016—1035. По объему пузырьной порции делается заключение о тонусе ЖП, а по скорости вытекания желчи — о его кинетике.

V фаза — выделение печеночной желчи, порция «С». Начинается после опорожнения желчного пузыря, ее можно получать длительное время, в среднем 10—20 минут, у здоровых людей она золотистого цвета, прозрачная,

pH = 7,5-8,2, плотность — 1007— 1011. Эта фаза определяется секреторным давлением печени.

МХДЗ позволяет объективно оценить состояние двигательной функции желчного пузыря и тонуса сфинктерного аппарата желчных путей, а также провести микроскопическое, бактериологическое и биохимическое исследование желчи.

При гиперкинетической дисфункции ЖП в IV фазе отмечается сокращение времени выделения пузырной желчи до 10—15 минут, а ее объем за 5 ми-нут превышает 20 мл. При спазме сфинктера Одди, в первую фазу МХДЗ выделяется менее 20 мл. При выраженном повышении тонуса сфинктера Одди желчь в этой фазе может отсутствовать. Во второй фазе исследования отмечают увеличение времени закрытия сфинктера Одди (больше 6 мин.).

При микроскопии желчи обращают внимание не на поиск лейкоцитов, которые быстро разрушаются, а на дифференциацию цилиндрического эпителия:

- мелкий эпителий внутрипеченочных желчных ходов — холангит и холецистит;
- удлинённый эпителий общего желчного протока — холедохит;
- широкий эпителий — дуоденит.

Снижение плотности пузырной желчи указывает на снижение концентрационной способности желчного пузыря, в результате воспаления. Повышение плотности свидетельствует о сгущении желчи, что чаще встречается при латентной форме желчнокаменной болезни или гипокинетической дискинезии ЖП.

Изменение pH желчи в кислую сторону, часто свидетельствует о воспалительном процессе в желчевыводящих путях.

Важное значение в диагностике ХБХ имеет исследование физико-химических (литогенных) свойств желчи. При хроническом бескаменном холецистите в стадии обострения общее количество желчных кислот в пузырной желчи снижается до 70%.

У больных ХБХ увеличивается уровень билирубина в желчи в 2—3 раза. У 2/3 больных в желчи отмечено наличие прямого билирубина, непрямого и эфирорастворимого билирубина. Уровень фосфолипидов может как увеличиваться, так и уменьшаться, а липидного комплекса — снижаться.

Из компонентов желчи органического происхождения самым характерным для обострения ХБХ считается повышение белка, в том числе С-реактивного, и гликопротеидов.

Для диагностики воспаления в желчном пузыре используют холато-холестериновый коэффициент.

При наличии воспаления его значение меньше 6 при норме 9—10. Установлено, что уменьшение холато-холестеринового коэффициента позволяет диагностировать не только выраженные формы холецистита, но и субклинические.

Инструментальное обследование

Ультразвуковая диагностика особенно информативна. Вне обострения ХБХ отмечается утолщение (более 3 мм) и уплотнение стенки ЖП, неоднородность структуры стенок и их неравномерность. У людей пожилого возраста и старше гиперэхогенность стенок ЖП является следствием возрастных изменений.

При обострении присоединяются такие признаки, как пристеночная негомогенность, связанная с воспалительными изменениями слизистой оболочки, удвоение контура пузыря. Определяется деформация ЖП: перегибы и перетяжки, фиксация к соседним органам, при перихолецистите отсутствие подвижности ЖП. В полости ЖП можно увидеть желчный осадок — билиарный сладж, конкременты.

При эндоскопическом обследовании больного можно выявить отёк и гиперемия слизистой оболочки большого дуоденального соска.

Для решения вопроса о тактике лечения хронического холецистита необходимо иметь данные о состоянии желчного пузыря, общего желчного протока, печени, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки. При отсутствии однозначного ответа проводят ЭРХПГ, которая позволяет чётко визуализировать общий желчный проток, мелкие протоки и неблокированный желчный пузырь, дифференцировать внутripечёночный и подпечёночный холестаз. При сомнительных данных показана чрескожная холангиография, особенно при подозрении на подпечёночную желтуху.

Рентгенологическое исследование: обзорная рентгенография органов брюшной полости проводится при подозрении на перфорацию желчного пузыря, для исключения калькулёзного холецистита или обызвествления пузыря. Проводится ЭКГ.

Дифференциальная диагностика и осложнения хронического бескаменного холецистита

ХБХ необходимо дифференцировать с ЖКБ, холангитом, гепатитом, мезентериальным лимфаденитом, дуоденитом, язвенной болезнью, инфарктом миокарда, колитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

При дифференциальной диагностике существенную помощь оказывают дополнительные методы исследования, в частности данные дуоденального зондирования. УЗД желчного пузыря позволяет определить не только форму, размеры, но и состояние внешних и внутренних контуров, толщину и структуру стенок, дополнительные включения в его полости, сократительную способность.

Дифференциальная диагностика ХБХ от дуоденита основывается на дополнительных методах исследования. При дуоденальном зондировании максимальные изменения оказываются в желчи порции А; из-за увеличения количества слизи желчь мутная, вязкая. При микроскопическом исследовании выявляют много эпителиальных клеток, эритроцитов, большое количество лейкоцитов в хлопьях слизи.

Хронический дуоденит характеризуется нарушениями моторной функции и рельефа слизистой оболочки ДПК. Рентгенологически часто наблюдают раздраженную луковицу ДПК, ускоренное продвижение контрастной массы по ДПК.

Осложнения ХБХ встречаются редко, чаще всего это:

- выключенный (нефункционирующий) желчный пузырь вследствие отека, накопления слизи или спазма желчного протока;
- перихоледохеальный лимфаденит — воспаление лимфатических узлов по ходу внепеченочных желчных протоков;
- перфорация, возникновение свищей;
- наличие конкрементов.

Диетотерапия

Рациональная диетотерапия основана на:

– принципах сбалансированного адекватного питания, обогащенного пищевыми волокнами («зеленая диета»), пектинами, антиоксидантами, липотропными веществами, солями магния, калия, кальция;

– пища принимается дробно, небольшим количеством, 4—5 раз в сутки (основная диета — стол № 5).

Самой главной целью назначения лечебной диеты номер 5 является введение полноценного, щадящего питания, нацеленное на восстановление функций печени и желчных путей и улучшение желчеотделения. Как показывает практика, этой цели достигает подавляющее число пациентов, чья сила воли и желание быть здоровыми позволяют им строго придерживаться предписанного меню.

Диета «Стол 5» предусматривает нормальное потребление углеводов и белков, но с некоторыми ограничениями жиров. Из рациона исключаются продукты, содержащие пурины (вещества, высокая концентрация которых приводит к образованию повышенного количества мочевой кислоты в организме и, как следствие, к подагре), экстрактивные вещества, холестерин, эфирные масла, щавелевую кислоту, и продукты с жирами, окислившимися при жарке.

При диете «Стол 5» в ежедневный рацион прибавляются продукты, богатые клетчаткой (овощи, фрукты, злаки), липотропными веществами (нежирное мясо и рыба, яичный белок, нежирный творог, соя), пектинами (например, яблоки), а также несладкие жидкости. Все блюда либо варят, либо запекают и редко тушат. Жарка исключается. И никаких холодных блюд, только теплые или слегка горячие.

Продукты, которые допускаются в рацион:

- некислые фрукты и ягоды;
- пудинги;
- вермишель и макароны;
- сухари и сухое печенье;
- сливочное и растительное масло;
- ягодные, молочные и фруктовые соусы;
- травы и пряности в ограниченном количестве.

Продукты, которые НЕ допускаются в рацион:

- жирные сорта рыбы и мяса;
- алкоголь;
- субпродукты (печень, желудки);
- консервы;
- лук, шпинат, щавель, грибы, редька, цветная капуста;
- шоколад, мороженное, какао;
- маринованные овощи.

Лечение

Принципы лечения больных ХБХ

- Диетотерапия;
- Нормализация дренажной функции билиодуоденальной системы;
- Противовоспалительная терапия;
- Восстановление нарушенных процессов пищеварения.

Медикаментозная терапия

При обострении ХБХ, который сопровождается дисфункцией сфинктера Одди и абдоминальными болями, показано применение селективных миотропных спазмолитиков (дуспаталин, меверин, мебецин ретард), неселективных (метацин, платифиллин, баралгин) и селективных М1-холиноблокаторов (гастроцепин).

В последние годы среди миотропных селективных спазмолитиков получил распространение мебеверин гидрохлорид (дуспаталин, мебецин ретард, меверин). В отличие от других селективных миотропных спазмолитиков, дуспаталин обладает двойным механизмом действия. Для дуспаталина характерно отсутствие холинэргических эффектов (вазодилатирующего, кардиотропного), быстрое действие при пероральном приеме. Дуспаталин назначают по 200 мг 2 раза в день в капсулах пролонгированного действия; при уменьшении симптомов заболевания принимают 1 капсулу в сутки.

Из миотропных спазмолитиков используют дротаверин 2% — 2—4 мл в/м или в/в или внутрь 1—2 таблетки, но-шпа. Для снятия болевого синдрома предпочтение отдается преимущественно инъекционным формам.

Бускопан (гиосцина бутилбромид) — оказывает спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру, назначается по 10—20 мг (1—2 табл.) 3 раза в сутки, ректальные суппозитории по 1—2 суп. 3 раза в сутки.

Возможно применение ненаркотических анальгетиков — анальгина (2 мл 50% раствора) либо трамала (парентерально 50—100 мг).

Риабал (прифиниум бромид) — селективный М-холиноблокатор, обладает спазмолитическим действием на желчевыводящие пути, особенно на сфинктер Одди (по 2 мл в/м в течение 5 — 7 дней, затем по 30 мг 3 раза в сутки внутрь в течение 14 дней).

При ХБХ с гипомоторной дисфункцией ЖП для повышения сократительной функции применяют прокинетики в течение 10—14 дней: метоклопрамид, домперидон (мотилиум, моторикс) 5—10 мг 3 раза на день за 30 минут до еды.

К лекарственным средствам, способным возобновить моторику билиарного тракта независимо от типа ее нарушения и купировать болевой синдром относится тримебутин (требудат, тримспа, дебридат). Тримебутин модулирует высвобождение желудочно-кишечных пептидов, оказывает позитивный эффект как при гипомоторной, так и при гипермоторной дисфункции ЖП. Назначают в дозе 200 мг 3 раза в день за 30 минут до еды в течение 28 дней.

Основой медикаментозного лечения ХБХ является *противовоспалительная терапия*. Выбор антибактериального препарата зависит от индивидуальной переносимости и от чувствительности к антибиотику микрофлоры желчи.

Наиболее эффективными являются антимикробные препараты группы фторхинолонов — цiproфлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки, левофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки; макролиды - эритромицин 0,25 г 4 раза в сутки, азитромицин (сумамед) 0,5 г 1 раз в сутки, кларитромицин (клацид, клабакс) 0,5 г 2 раза в сутки и полусинтетические тетрациклины — доксациклин (0,1 г 2 раза в сутки. В последнее время используют селективный антибиотик — рифаксимин по 200 мг — 2 таблетки 3 раза в сутки (суточная доза — 1200 мг). Можно применять полусинтетические пенициллины: ампициллин 0,5 г 4 раза в сутки, оксациллин 0,5 г 4 раза в сутки, ампиокс 0,5 г 4 раза в сутки — хотя они менее активны. В тяжелых случаях — цефалоспорины. Предпочтительнее пероральный путь приема антибиотика, курс лечения — 7—8 дней, возможно повторение курса с другими антибиотиками через 3—4 дня.

При отсутствии чувствительности микрофлоры желчи к антибиотикам или наличии аллергии к ним рекомендуется ко-тримаксозол (бисептол) 2 таблетки 2 раза в сутки, хотя его эффективность значительно ниже, чем у антибиотиков, а неблагоприятное влияние на печень — выше.

Хороший эффект дает применение нитрофурановых препаратов — фуразолидона, фурадонина, а также метронидозола (0,5 г 3 раза в сутки в течение 7—10 дней).

Назначение желчегонных препаратов требует дифференцированного подхода в зависимости от наличия воспаления и типа дисфункции. Они показаны только после стихания воспалительного процесса.

Все желчегонные препараты делят на две большие группы.

К холеретикам относятся препараты, увеличивающие секрецию желчи и стимулирующие образование желчных кислот (истинные холеретики), которые подразделяются:

– на препараты, содержащие желчные кислоты — дехолин, аллохол, холензим, хологон;

– препараты растительного происхождения — хофитол, танацехол, холагол, гепабене, гепабель, силимарин;

– препараты, увеличивающие секрецию желчи за счет водного компонента (гидрохолеретики) — минеральные воды.

К холекинетикам, стимулирующих желчевыделение, относятся:

– холекинетики — средства, вызывающие повышение тонуса сфинктеров желчевыводящих путей и желчного пузыря — сульфат магния, карловарская соль, сорбит, ксилит, холагогум, олиметин, ровахол, препараты, содержащие масляные растворы — тыквеол;

– препараты, вызывающие расслабление желчных путей (холеспазмолитики) — платифиллин, гастропепин, но-шпа, дуспаталин, одестон.

Рафахолин Ц — комплексный препарат, который обладает холеретическим действием, увеличивает количество желчи, оказывает защитное действие на паренхиму печени, усиливает перистальтику кишечника, обладает противовоспалительным, спазмолитическим действием. Назначается по 1 — 2 драже 3 раза в сутки после еды.

Препараты указанных групп следует назначать дифференцированно, в зависимости от вида дискинезии, сопровождающей ХБХ.

С целью устранения печеночно — клеточной дисхолии, приводящей к образованию желчных камней, и нормализации внешнесекреторной функции печени применяются препараты урсодезоксихолевой кислоты: урсофальк, урсосан, урсолизин.

Энтеросорбенты:

– Мультисорб — 15 г/сут, на 3 приема, запивая водой;

– Энтеросгель — по 15—20 г в 30 мл воды. 3р/сут;

– Экстралакт, Лактофильтрум — по 2 таб. 3 раза в день.

Для улучшения пищеварения используют полиферментные препараты:

а) содержащие только панкреатические ферменты: креон 25000-40000ЕД — по 1—2 капсулы 3 раза в сутки — 2—3 недели, мезим-форте 10000 ЕД — по 2 таб. 3 раза в сутки.

б) содержащие кроме панкреатических ферментов, желчных кислот и пепсина, кишечные ферменты: фестал — по 2 драже 3 раза в сутки 2-3 недели.

Для нормализации кишечного микробиоценоза используют про- и пребиотики: энтерол — по 1-2 капсуле 1-2 раза в сутки — 10 дней; хилак-форте — по 30-40 капель 3 раза в сутки.

Эффективно дополняют медикаментозную терапию физиотерапевтические процедуры, назначаемые вне периода обострения. При гипертонусе ЖВП назначается электрофорез по Щербак и Вермелю, ультразвук на участок проекции печени и правого подреберья, индуктотермия, электросон, при гипотонической дискинезии рекомендуется фарадизация, электрофорез с магния сульфатом, гальванизация, ультразвуковая терапия низкой интенсивности, стимуляция импульсным низкочастотным током, диадинамотерапия, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура. Эти процедуры оказывают болеутоляющее, спазмолитическое и противовоспалительное действие.

Санаторно-курортное лечение (Ессентуки, Железноводск) показано только в фазе клинической ремиссии. Минеральные воды обладают холеретическим и холекинетическим действием, влияют на химизм желчи, повышая холато-холестериновый коэффициент.

Профилактика

Профилактика ХБХ сводится к выполнению общих гигиенических мероприятий. Среди них основное место должно быть отведено правильному режиму питания (4-5-разовое) с калорийностью рациона, соответствующей идеальному весу с учетом возраста, пола и профессии. При этом необходимо исключить обильный прием пищи на ночь, особенно жирной и в сочетании с алкогольными напитками. Не менее важным условием профилактики холецистита является достаточное употребление жидкости, не менее 1,5-2 л в течение дня, равномерно. Необходимо также соблюдение режима питания — прием пищи в одно и то же время. Обязательным условием профилактики является регулярное опорожнение кишечника с целью предупреждения дискинезии желчевыводящих путей (висцеро-висцеральные рефлексы) и выведения холестерина.

Снижение массы тела путем субкалорийного питания (редуцированная диета), включения разгрузочных дней (молочно-творожные, фруктовые, овощные, овсяные, мясные), медикаментозной терапии (анорексигенные препараты) входит в комплекс общегигиенических мероприятий.

Ежедневная утренняя гимнастика и достаточный двигательный режим в течение дня (ходьба, легкие виды спорта, плавание, лыжи, для пожилых — посещение групп оздоровления при стадионах) способствуют пассажу желчи по билиарному тракту.

Своевременное выявление продуктов, оказывающих аллергическое действие, и их исключение из рациона входят в комплекс мероприятий по предупреждению ХБХ.

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод о том, что исключив факторы, вызывающие развитие хронических холециститов, и взяв на вооружение принцип лечебного рационального питания, фармакологические средства, фитотерапию, санаторно-курортное лечение, можно воздействовать на сложные патогенетические механизмы развития хронического бескаменного холецистита и предотвратить развитие желчнокаменной болезни.

Санация хронических очагов инфекции, лечение основных заболеваний являются обязательными компонентами терапии и позволяют предотвратить развитие хронического холецистита или его обострение.

Однако, учитывая многообразие факторов и сложные механизмы развития патологии желчевыводящих путей, лечение, требующее терпения как от врача, так и от больного, должно быть длительным, пролонгированным (медикаментозная терапия, фитотерапия, минеральные воды) и проводиться последовательно.

Список литературы

1. Вовк Е.И. Желчнокаменная болезнь в XXI веке: лечение или профилактика. *Consilium Medicum*. 2010; (2): 37–44.
2. Плотникова Е.Ю., Золотухина В.Н, Максимов С.А., Багмет А.Д. Психосоматические аспекты патологии желчевыводящих путей. *Клиническая медицина*. 2011; 5: 37–40.
3. Лоранская И.Д. Функциональные расстройства билиарного тракта: пособие. М.: Форте принт; 2013. 92. *Ульяновский медико-биологический журнал*. № 2, 2017
4. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. 799.
5. Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В. Хронический холецистит у пациентов с различным трофологическим статусом: механизмы возникновения и особенности течения. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2014; 3: 36–41.
6. Барановский А.Ю. Холецистит В кн.: Гастроэнтерология (под. ред. Барановского А.Ю). — СПб.: Питер, 2012. — С. 295 — 301.
7. Вялов С.С. Холецистит некалькулезный хронический. В кн.: Гастроэнтерология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — С. 46 — 49.
8. Ильченко А. А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей. — М.: МИА, 2010. — 256с.
9. Комаров Ф.И. Хронический холецистит В кн.: Практическая гастроэнтерология (под. ред.. Комарова Ф.И. и соавт.). — М.:ООО Мединформагентство, 2010. — С. 179 — 215.
10. Скворцов В.В.,Тумаренко А.В. Актуальные вопросы терапии хронического некалькулезного холецистита // *Лечащий врач*. — 2009. — №. 2. — С. 11—18.
11. Максимов, Валерий. Хронический некалькулезный холецистит / В. Максимов // *Медицинская газета*. - 2013. - 21 авг. - С. 8-9. - Нач. Окончание см. за 28 авг. 2013 г.
12. Звягинцева Т.Д., И.И. Шаргород И.И. Хронический бескаменный холецистит // *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*, 2015, № 2. - С.13-19.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __5__ группы

Жукова Юлия Александровна

**(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В целом работа выполнена на высоком уровне и заслуживает оценки «отлично» (5).



(подпись)