PRACTICAL RECOMMENDATIONS

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

УДК 616.361-008.8-071-08+3.08+303.823.23+615.851+376

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

© *Виталий Антонович Добренко[1], Андрей Владиславович Вовк[2, 3]*

[1] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8
[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2
[3] Елизаветинская больница. 195427, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 14

Контактная информация: Виталий Антонович Добренко — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета. E-mail: dobrenko_va@mail.ru

Поступила: 05.03.2021 ***Одобрена: 12.04.2021*** ***Принята к печати: 21.06.2021***

РЕЗЮМЕ. Практические рекомендации предназначены для оптимизации тактики ведения пациентов с хроническим холециститом с фокусом внимания на рациональную терапию и особенности применения различных групп препаратов для консервативного лечения данного заболевания, рекомендуются к использованию врачам, работающим в амбулаторном и стационарном звеньях здравоохранения Санкт-Петербурга, предназначены для врачей-терапевтов и всех специалистов, интересующихся вопросами клинической гастроэнтерологии. Настоящие практические рекомендации разработаны на основании утвержденных Рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни, утверждены Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга 26 октября 2020 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический холецистит; диагностика; лечение; практические рекомендации.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS FOR THERAPISTS TO DIAGNOSE AND TREAT CHRONIC CHOLECYSTITIS

© *Vitaliy A. Dobrenko[1], Andrey V. Vovk[2, 3]*

[1] First Saint-Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov. 197022, Saint-Petersburg, ul. Leo Tolstoy, 6-8
[2] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2
[3] City Hospital named after St. Martyr Elizabeth. 195427, Saint-Petersburg, Vavilovikh str., 14

Contact information: Vitaliy A. Dobrenko — PhD, Associate Professor of Department of Internal Diseases of Dentistry Faculty. E-mail: dobrenko_va@mail.ru

Received: 05.03.2021 ***Revised: 12.04.2021*** ***Accepted: 21.06.2021***

SUMMARY. Practical recommendations are intended to optimize the tactics of managing patients with chronic cholecystitis with a focus on rational therapy and the peculiarities of the use of various groups of drugs for the conservative treatment of this disease. They are recommended

for use by doctors working in outpatient and inpatient health care in St. Petersburg and intended for general practitioners and all specialists interested in clinical gastroenterology. These practical recommendations were developed on the basis of the approved Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of patients with gallstone disease. These practical recommendations were approved by the Health Committee of the Government of St. Petersburg on October 26, 2020.

KEY WORDS*:* chronic cholecystitis; diagnosis; treatment; practical recommendations.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Хронический холецистит — это рецидивирующее воспалительное заболевание желчного пузыря, клинически проявляющееся синдромом общей интоксикации, болевым и диспептическим синдромами, а морфологически — признаками воспаления, атрофии слизистой оболочки и склерозом стенок органа [1].

КОД ПО МКБ-10

K81.1 Хронический холецистит

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболеваемость составляет 6–7 случаев на 1000 населения. Женщины болеют в 3–4 раза чаще. Преимущественно страдают лица среднего возраста (от 40 до 60 лет) [3].

КЛАССИФИКАЦИЯ

I. По этиологии: колибациллярный, энтерококковый, стрептококковый, стафилококковый, пневмококковый, сальмонеллезный, брюшнотифозный, паратифозный, дизентерийный, грибковый, вирусный, паразитарный и др.

II. По наличию конкрементов: калькулезный, акалькулезный.

III. По морфологии: катаральный, флегмонозный, гангренозный.

IV. По клиническому течению: латентный (субклинический), рецидивирующий (редко, часто), постоянно текущий (персистирующий).

V. По фазе болезни: обострение, затухающее обострение, ремиссия.

VI. По осложнениям: полипоз, абсцесс, перихолецистит, перфорация, облитерация пузырного протока.

ЭТИОЛОГИЯ

Воспалительный процесс в желчном пузыре чаще всего обусловлен условно-патогенной флорой (*E. coli* до 40%, стафилококки до 10%, стрептококки, протей, синегнойная палочка, энтерококки и др.), реже — патогенной флорой (брюшной тиф, шигеллы, вирус гепатита и др.) и паразитами (лямблии, описторхоз, фасциолез, аскаридоз).

Микроорганизмы проникают в желчный пузырь гематогенным (печеночная артерия и вороная вена), лимфогенным путями и по протокам (восходящий из желудочно-кишечного тракта либо нисходящий из желчных протоков).

ПАТОГЕНЕЗ

Важным предрасполагающим фактором для развития хронического холецистита является изменение свойств желчи (нарушение коллоидной стойкости) и, как следствие, уменьшение ее бактерицидных свойств.

Способствовать возникновению воспалительного процесса будет повреждение стенки желчного пузыря конкрементом или паразитами, а также снижение общей реактивности макроорганизма.

Внедрение микробной флоры в условиях наличия предрасполагающих факторов ведет к развитию воспалительного процесса в слизистой оболочке желчного пузыря, распространению его при отсутствии лечения на подслизистый и мышечный слои.

Микрофлора в процессе жизнедеятельности еще больше изменяет свойства желчи, а отек и уплотнение стенки пузыря усугубляют моторные нарушения органа.

В тяжелых случаях воспалительный процесс может принять флегмонозный или даже гангренозный характер, что чревато развитием осложнений (перихолецистит, эмпиема, перфорация и др.).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Для хронического холецистита характерно наличие следующих пяти синдромов.

I. Правоподреберный болевой синдром (90%) — жалобы на тупые, ноющие, реже

схваткообразные боли в правом подреберье, возникающие через 20–30 минут после еды и особенно при диетических погрешностях, иррадиирующие в правую половину тела (плечо, лопатка, шея) и купирующиеся самостоятельно через 2–3 часа либо после приема спазмолитиков.

Выявление при физикальном обследовании пациента нижеуказанных «пузырных» симптомов подтверждает наличие воспалительного процесса в желчном пузыре:

- Кера (симптом большого пальца) — болезненность при пальпации области желчного пузыря на вдохе;
- Лепене — болезненность при поколачивании двумя пальцами в проекции желчного пузыря на вдохе;
- Мерфи (симптом оборванного вдоха) — невозможность глубокого вдоха при введении пальцев врача в правое подреберье;
- Грекова–Ортнера — болезненность при поколачивании ребром кисти по реберной дуге справа;
- Мюсси–Георгиевского — болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа.

II. Диспепсический синдром — отмечаются явления как желудочной (снижение аппетита, горечь во рту, отрыжка, тошнота, рвота и др.), так и кишечной (вздутие, урчание живота, неустойчивый стул) диспепсии.

Для обострения хронического холецистита наиболее характерны горький привкус во рту, отрыжка горечью, тошнота.

III. Воспалительно-интоксикационный синдром — лихорадка, чаще субфебрильная, признаки общей интоксикации (увеличение СОЭ, лейкоцитоз и др.).

У пожилых и ослабленных больных температура тела даже при гнойном холецистите может оставаться субфебрильной, а иногда даже нормальной вследствие пониженной реактивности организма. Хронический холецистит обязательно следует включать в план дифференциальной диагностики при наличии у пациента лихорадки неясного генеза.

IV. Астено-вегетативный синдром — слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, эмоциональная лабильность.

V. Холестатический синдром — встречается редко и обусловлен нарушениями желчединамики на фоне воспалительного процесса в желчном пузыре, проявляется субиктеричностью склер, желтушностью кожных покровов.

В зависимости от того, какие из вышеуказанных синдромов преобладают в клинической картине, выделяют следующие «маски» течения хронического холецистита: кардиальная, гастродуоденальная, аппендикулярная, фебрильная, ипохондрическая, артритическая [2].

При тяжелом течении обострения хронического холецистита могут возникать следующие осложнения:

- гнойно-деструктивные изменения желчного пузыря — эмпиема, перфорация, приводящие к развитию перитонита и формированию желчных свищей;
- перихолецистит, приводящий к формированию спаек и деформаций желчного пузыря;
- вовлечение в воспалительный процесс близлежащих органов — присоединение холангита, гепатита, панкреатита, папиллита;
- рефлекторные воздействия по типу висцеро-висцеральных рефлексов на отдаленные органы — рефлекторная стенокардия, гипермоторная дискинезия толстой кишки и др.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика хронического холецистита основывается на оценке жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра, результатов лабораторного и инструментального обследований.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Клинический анализ крови для выявления лейкоцитоза, повышения СОЭ.

2. Биохимический анализ с определением содержания общего белка, альбумина, общего и прямого билирубина, гамма-глютамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, холестерина, глюкозы, активности трансаминаз, амилазы и липазы.

3. Ультразвуковое исследование желчного пузыря для выявления конкрементов и признаков холецистита: диффузное утолщение стенок желчного пузыря более 3 мм, уплотнение и/или слоистость стенок, уменьшение объема полости (сморщенный желчный пузырь) и «негомогенное» его содержимое (билиарный сладж).

4. Дуоденальное зондирование с посевом желчи для выявления признаков дискинезии желчевыводящих путей (увеличение порции

«В» до 200 мл (в норме — 30–70 мл), иногда ее получить не удается из-за сморщивания пузыря, перипроцессов, нарушения сократительной способности) и исследования пузырной желчи (при обострении мутная, с хлопьями, слизью, слущенными клетками эпителия, лейкоцитами, эозинофилами). Эозинофилия при микроскопии желчи будет косвенно указывать на паразитарную инвазию, а большое количество кристаллов холестерина — на снижение коллоидной стойкости желчи и предрасположенность к камнеобразованию.

5. Компьютерная томография для оценки состояния желчного пузыря и прилежащих органов и тканей — для холецистита характерно утолщение стенок желчного пузыря до 4 мм и снижение их денситометрических показателей вследствие интрамурального отека.

6. Холеграфия (пероральная или внутривенная) позволяет косвенно подтвердить наличие хронического холецистита по наличию удлинения, извитости, перегибов, участков расширения и сужения протоков, деформации, втяжения, перегибов, многокамерности желчного пузыря, а также по дефектам наполнения диагностировать холецисто- и холедохолитиаз.

7. Обзорная рентгенография брюшной полости для выявления конкрементов желчного пузыря и протоков и оценки их рентгеноконтрастности (холестериновые камни рентгенонеконтрастны).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику проводят с острым холециститом (ургентное состояние с полной обструкцией желчного пузыря), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, дискинезией желчевыводящих путей, гепатитом, панкреатитом, заболеваниями мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит, правосторонняя почечная колика), аппендицитом, дивертикулярной болезнью.

ЛЕЧЕНИЕ

При легком течении хронического холецистита лечение проводят амбулаторно. В случае среднетяжелого течения показана госпитализация в гастроэнтерологическое или терапевтическое отделение. При выраженном болевом синдроме, угрозе развития осложнений больных госпитализируют в хирургическое отделение.

ДИЕТОТЕРАПИЯ

При обострении назначают вариант диеты с механическим и химическим щажением (щадящая диета) по номенклатуре стандартных диет либо стол № 5 по Певзнеру. Исключаются продукты, имеющие желчегонное действие.

В межприступный период напротив рекомендуют обогащать рацион продуктами с желчегонным действием (оливковое и подсолнечное масла и др.) для повышения сократительной способности желчного пузыря и улучшения реологических свойств желчи.

Медикаментозная терапия определяется фазой заболевания, выраженностью клинических проявлений, характером дискинезии желчевыводящих путей.

Подавление микробной флоры достигается назначением антибактериальных препаратов, концентрирующихся в желчи:

- полусинтетические пенициллины: амоксициллин или амоксициллин+клавулановая к-та внутрь по 500 мг 2 раза в сутки 7–10 дней;
- макролиды: кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки внутрь 7–10 дней;
- цефалоспорины: цефазолин, цефатоксим по 1 г каждые 12 часов в/м 7 дней;
- фторхинолоны: ципрофлоксацин по 250 мг 4 раза в сутки внутрь 7 дней либо пефлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки внутрь 7 дней;
- нитрофураны: фуразолидон по 50 мг 4 раза в сутки, нитроксолин по 50 мг 4 раза в сутки внутрь 10 дней.

Улучшение реологических свойств желчи производят после стихания воспалительного процесса, назначая препараты с холеретическими свойствами: холензим, аллохол, препараты урсодезоксихолевой кислоты, растительные средства (кукурузные рыльца, пижма, шиповник и др.).

Нормализация моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей проводится с помощью спазмолитических препаратов следующих фармакологических групп:

- холинолитики — производные скополамина (гиосцина бутилбромид);
- миотропные спазмолитики — гимекромон, мебеверин, папаверин, дротаверин;
- селективные блокаторы кальциевых каналов — пиноверия бромид, отилония бромид.

Литолитическая терапия проводится в межприступный период после стихания вос-

палительного процесса при соблюдении всех нижеуказанных условий:

- холестериновые, рентгенонегативные конкременты;
- размер камней не превышает 15 мм;
- конкременты занимают не более 1/3 желчного пузыря;
- камни свободно перемещаются при перемене положения тела больного;
- функция желчного пузыря сохранена;
- общий желчный проток проходим.

Противопоказаниями для литолитической терапии являются:

- кальцифицированные рентгеноконтрастные конкременты;
- конкременты диаметром более 2 см;
- множественные конкременты, занимающие более 50% пузыря;
- «отключенный» желчный пузырь;
- частые эпизоды желчной колики.

Назначают препараты урсодезоксихолевой кислоты из расчета 10 мг/кг в сутки однократно на ночь или 1/3 дозы утром, 2/3 на ночь продолжительностью не менее 6 месяцев. Контроль УЗИ и биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза, билирубин) через 1, 3, 6 месяцев от начала терапии. После успешного растворения конкрементов в последующем следует повторять курсы приема препаратов урсодезоксихолевой кислоты.

При наличии противопоказаний либо неэффективности проведенной литолитической терапии следует рассмотреть иные методы лечения холецистолитиаза: экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия, метод прямого растворения камней, холецистэктомия.

Показания для хирургического лечения хронического холецистита:

- часто рецидивирующее течение с развитием перихолецистита и спаечного процесса с исходом в сморщенный желчный пузырь;
- «отключенный» желчный пузырь;
- присоединение трудно поддающегося лечению панкреатита.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ

Профилактика хронического холецистита заключается в строгом соблюдении пациентом врачебных рекомендаций по диетическому питанию, режиму, проведению профилактических курсов приема рекомендованных препаратов (спазмолитики, урсодезоксихолевая кислота).

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Пациенты с хроническим холециститом с частыми обострениями (Д III) осматриваются терапевтом, гастроэнтерологом 2–3 раза в год, хирургом — по показаниям.

Больные хроническим холециститом без частых обострений (Д II) — терапевтом 1 раз в год, гастроэнтерологом, хирургом — по показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.К. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению жёлчнокаменной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016; 3: 64–80.
2. Коханенко Н.Ю., Ширяев Ю.Н., Луговой А.Л. и др. Особенности патогенеза, клинического течения и диагностики острого холецистита у больных с декомпенсированной сердечно-сосудистой патологией. Педиатр. 2015; 6(4): 62–8. DOI: 10.17816/PED6462-68.
3. Самсонов А.А. Хронический холецистит. Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2011; 2: 26–30.

REFERENCES

1. Ivashkin V.T., Maev I.V., Baranskaya E.K. i dr. Rekomendacii Rossijskoj gastroenterologicheskoj associacii po diagnostike i lecheniyu zhyolchnokamennoj bolezni [Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of cholelithiasis]. Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2016; 3: 64–80. (in Russian).
2. Kohanenko N.Yu., Shiryaev Yu.N., Lugovoj A.L., i dr. Osobennosti patogeneza, klinicheskogo techeniya i diagnostiki ostrogo holecistita u bol'nyh s dekompensirovannoj serdechno-sosudistoj patologiej [Features of pathogenesis, clinical course and diagnosis of acute cholecystitis in patients with decompensated cardiovascular pathology]. Pediatr. 2015; 6(4): 62–8. DOI: 10.17816/PED6462-68 (in Russian).
3. Samsonov A.A. Hronicheskij holecistit [Chronic cholecystitis]. Gastroenterologiya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum. 2011; 2: 26–30. (in Russian).