

Хронический холецистит

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. Название протокола: Хронический холецистит

2. Код протокола:

3. Код (-ы) МКБ-10:

К81 – Холецистит

К81.0 – Острый холецистит

К81.1 – Хронический холецистит

К81.8 – Другие формы холецистита

К81.9 – Холецистит неуточненный

4. Сокращения, используемые в протоколе:

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХХ – хронический холецистит

5. Дата разработки протокола: 2013

6. Категория пациентов: взрослые.

7. Пользователи протокола: врач-гастроэнтеролог, терапевт, врач общей практики.

8. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует

9. Определение:

Хронический холецистит – хроническое рецидивирующее заболевание желчного пузыря, характеризующееся нарушением его моторно-эвакуаторной функции, изменением физико-химических свойств желчи и достаточно частым образованием внутривезикулярных конкрементов, что клинически наиболее часто проявляется желчной коликой. [1].

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

10. Клиническая классификация:

Общепринятой классификации хронического холецистита нет. Наиболее полной является классификация Я. С. Циммермана.

По этиологии и патогенезу

1. Бактериальный
2. Вирусный
3. Паразитарный
4. Немикробный («асептический», иммуногенный)
5. Аллергический
6. «Ферментативный»
7. Невыясненной этиологии

По клиническим формам

1. Хронический бескаменный холецистит
2. С преобладанием воспалительного процесса
3. С преобладанием дискинетических явлений
4. Хронический калькулезный холецистит

По типу дискинезий

1. Нарушение сократительной функции желчного пузыря:
 - Гиперкинез желчного пузыря
 - Гипокинез желчного пузыря – без изменения его тонуса (нормотония), с понижением тонуса (гипотония)
2. Нарушение тонуса сфинктерного аппарата желчевыводящих путей:
 - Гипертонус сфинктера Одди
 - Гипертонус сфинктера Люткенса
 - Гипертонус обоих сфинктеров

По характеру течения

1. Редко рецидивирующий (благоприятного течения)
2. Часто рецидивирующий (упорного течения)
3. Постоянного (монотонного) течения
4. Маскировочный (атипичного течения)

По фазам заболевания

1. Фаза обострения (декомпенсация)
2. Фаза затухающего обострения (субкомпенсация)
3. Фаза ремиссии (компенсация - стойкая, нестойкая)

Основные клинические синдромы

1. Болевой
2. Дисептический
3. Вегетативной дистонии
4. Правосторонний реактивный (ирритативный)
5. Предменструального напряжения

6. Соляной
7. Кардиалгический (холецисто-кардиальный)
8. Невротически-неврозоподобный
9. Аллергический

Степени тяжести.

1. Легкая
2. Средней тяжести.
3. Тяжелая.

Осложнения

1. Реактивный панкреатит (холепанкреатит)
2. Болезни органов пищеварения
3. Реактивный гепатит
4. Перихолецистит
5. Хронический дуоденит и перидуоденит
6. Хронический дуоденальный стаз
7. Прочие.

Клинические варианты проявления хронического калькулезного холецистита

Торпидная форма:

- отсутствие болевых приступов желчной колики, тупые, ноющие боли в правом подреберье, диспептические явления;
- редкие (1 раз в несколько лет) и быстро купирующиеся болевые приступы, длительные периоды ремиссии, отсутствие жалоб между приступами.

Болевая приступообразная форма:

- нечастые (1–3 раза в год), непродолжительные (не более 30–40 мин), легко купируемые болевые приступы. Отмечаются постоянные, умеренные боли и диспептические явления в межприступном периоде;
- частые (1–2 раза в месяц), быстро купирующиеся, частые, продолжительные, трудно купирующиеся приступы, которые сопровождаются вегетативными реакциями. В межприступном периоде сохраняются боли в правом подреберье и диспептические расстройства;
- частые, продолжительные, длящиеся часами болевые приступы, с короткими периодами ремиссии, сопровождаются ознобом, лихорадкой, желтухой.

Осложнения:

1. отключенный желчный пузырь;
2. перихолецистит;
3. сморщенный желчный пузырь;

4. водянка желчного пузыря;
5. холедохолитиаз, механическая желтуха;
6. холангит;
7. папиллит, стеноз большого дуоденального сосочка;
8. желчные свищи, кишечная непроходимость;
9. билиарный панкреатит;
10. билиарный гепатит, цирроз печени;
11. острый холецистит:
 - эмпиема желчного пузыря;
 - околопузырный инфильтрат;
 - околопузырный абсцесс;
 - перфорация желчного пузыря, перитонит.

11. Показания для госпитализации:

Госпитализация плановая

Показания:

- среднетяжелое течение
- тяжелое течение заболевания
- неэффективность амбулаторной терапии
- частые обострения

12. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

- ОАК
- АлТ, АсТ, билирубин
- Кал на я/г
- Флюорография
- ЭКГ

13. Диагностические критерии:

13.1 Жалобы и анамнез:

Боль:

1) периодическая разной продолжительности или постоянная тупая, ноющая, неинтенсивная, чувство тяжести, дискомфорта в правом подреберье, не связанные с приемом пищи;

2) боль и ощущение дискомфорта в правом подреберье, различной интенсивности и продолжительности, связанные с приемом пищи;

3) приступ желчной колики:

- острая, интенсивная, нетерпимая, жгучая, распирающая, сжимающая, схваткообразная боль в эпигастрии и правом подреберье, заставляющая больного метаться в кровати, продолжительностью от 15 мин до 5 ч, достигая максимума в течение 20–30 мин;

- иррадирует в правое плечо, надплечье, правую половину шеи, правую лопатку, спину, правую половину грудной клетки, иногда носит опоясывающий характер;
- появляется внезапно, поздно вечером или ночью, после погрешности в диете, физического и эмоционального напряжения, у женщин часто связана с менструальным циклом;
- вначале при движении больного интенсивность боли не меняется, но если приступ не купируется в течение 10–12 ч, развивается острое воспаление стенки желчного пузыря, клиника острого холецистита, боль приобретает постоянный характер, усиливается при изменении положения тела;
- боли рецидивируют.

Лихорадка с повышением температуры тела не выше 38 °С, носит нервно-рефлекторный характер, после окончания приступа нормализуется, сопровождается ознобом, холодным липким потом. Сохранение температуры выше 38 °С свидетельствует о развитии осложнений.

Рвота. Обильная, не приносящая облегчения, вначале пищевой, затем содержимым с примесью желчи, сопровождается тошнотой.

Желтуха. Иктеричность склер, кратковременное обесцвечивание кала, потемнение мочи. Обусловлена нарушением проходимости общего желчного протока: конкремент, папиллит, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС), сдавление увеличенной отечной головкой поджелудочной железы.

Диспептические явления часто предшествуют развитию приступа и сохраняются в межприступный период:

- постоянное или периодическое ощущение горечи во рту;
- тошнота;
- изжога;
- постоянное или периодическое ощущение сухости во рту;
- отрыжка воздухом или пищей;
- снижение аппетита;
- неустойчивый стул со склонностью к запорам;
- неустойчивый стул со склонностью к поносам;
- вздутие живота.

13.2 Физикальное обследование:

- объективно во время желчной колики пациент нередко беспокоен, напряжен, старается выбрать положение тела, при котором интенсивность боли минимальна;
- пальпаторно в правом подреберье, эпигастрии отмечается болезненность, также болезненность в точке Маккензи (место пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой); Боаса (на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X-XI грудного позвонка); Мюсси (в правая надключичная область между ножками грудинно-

- ключично-сосцевидной мышцы); Бергмана (место выхода глазничного нерва под правой орбитой и другие);
- симптомы: Мерфи - болезненность при пальпации в правом подреберье на вдохе; Кера - боль в правом подреберье во время глубокого вдоха; Алиева - появление наряду с локальной болезненностью при пальпации в точках Боаса или Маккензи иррадирующей боли по направлению к желчному пузырю; Айзенберга I – удар ребром ладони ниже угла правой лопатки вызывает умеренную локальную боль и «пронизывающую» – в области желчного пузыря;
 - симптомы раздражения брюшины отсутствуют;
 - пальпация и перкуссия позволяют выявить у некоторых больных участки гиперестезии и локальной болезненности, чаще в правой половине живота. Иногда может определяться и симптом локальной мышечной защиты;
 - у лиц пожилого возраста в случае выраженной боли могут наблюдаться гемодинамические нарушения: цианоз, падение АД, нарушения сердечного ритма;
 - иногда выявляется субиктеричность склер, мягкого неба и кожных покровов;
 - при закупорке камнем общего желчного протока или его ущемлении в ампуле большого дуоденального сосочка развивается механическая желтуха (кожный зуд, моча «цвета пива», ахоличный кал);
 - возможно повышение температуры, слабый или умеренный озноб.

13.3 Лабораторные исследования:

- общий анализ крови обычно без особенностей, но при обострении наблюдаются лейкоцитоз с нейтрофилезом, сдвиг лейкоформулы влево, незначительное увеличение СОЭ;
- общий анализ мочи чаще всего в норме, можно выявить положительную реакцию на билирубин (при осложнении хронического холецистита обтурационной желтухой);
- биохимические показатели – гипербилирубинемия, преимущественно за счет конъюгированной фракции, гиперхолестеринемия, повышение других маркеров холестаза. Может наблюдаться кратковременное и незначительное повышение трансаминаз в крови;
- иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, токсакароз, аскаридоз;
- кал на я/г трижды;
- копрологическое исследование.

13.4 Инструментальные исследования:

- УЗИ – основной метод инструментального исследования при заболеваниях желчного пузыря, доступный и очень информативный. Он выявляет утолщение стенки желчного пузыря (при обострении

- процесса – более 3 мм), увеличение его объема, в просвете пузыря — густой секрет, конкременты. Иногда выявляют сморщенный, уменьшенный в размерах желчный пузырь, заполненный конкрементами и практически не содержащий желчи;
- эндоскопическая ретроградная холангиография применяется для оценки состояния желчных протоков, наличия в них конкрементов. Исследование выполняется при обнаружении в желчном пузыре мелких конкрементов в сочетании с расширением диаметра общего желчного протока и повышением содержания билирубина в крови. При наличии камней в общем желчном протоке можно выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию и удаление камней;
 - компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) – весьма информативные, но достаточно дорогие методы исследования. Они позволяют выявить расширение желчных протоков, увеличение забрюшинных лимфатических узлов, заболевания головки поджелудочной железы и печени;
 - рентгенконтрастные методы исследования желчного пузыря: пероральная холецистография, внутривенная холецистохолангиография. На снимках определяются дефекты наполнения в желчном пузыре за счет наличия в нем камней. При obturации пузырного протока получается «отрицательная холецистограмма» (определяется желчный проток, а желчный пузырь не контрастируется), т.н. «отключенный желчный пузырь»;
 - обзорная рентгенография правого подреберья как метод диагностики ЖКБ не имеет в настоящее время самостоятельного значения. Она позволяет выявить лишь рентгенпозитивные конкременты (чаще всего известковые).

13.5 Показания для консультации специалистов:

- хирург с целью уточнений к показанию хирургическому лечению;
- онколог – при выявлении образования желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- психотерапевт – при наличии симптомов психопатии, лабильности характера, синдрома психо-эмоционального перенапряжения.

13.6 Дифференциальный диагноз:

Хронический правосторонний пиелонефрит – боль обычно локализована в поясничной области или по средней линии живота в параумбиликальной области. Наиболее часто боль иррадирует в паховую область или по передней поверхности бедра. Болевой синдром зачастую сопровождается повышением температуры и дизурическими явлениями. В клиническом анализе мочи - проявления мочевого синдрома в виде протеинурии, лейкоцитурии, бактерийурии, гематурии в различном сочетании.

Правосторонняя нижнедолевая плевронневмония характеризуется острым началом, которому могут предшествовать вирусные инфекции, переохлаждение. Среди клинических проявлений наряду с легочными симптомами (боль в грудной клетке и правом подреберье, одышка, кашель) имеются и признаки интоксикации: повышение температуры до 38-40 град., озноб, потливость, тахикардия). Больные занимают вынужденное положение – лежат на пораженном боку, черты лица заострены, гиперемия щеки на стороне поражения, поверхностное шадящее дыхание, ноздри раздуваются при дыхании, диффузный цианоз, сухой кашель. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при перкуссии легких - притупление на стороне поражения, при аускультации - различные дыхательные шумы, зависящие от стадии заболевания (крепитация, влажные хрипы, шум трения плевры,). В дифференциальном плане может помочь рентгенологическое исследование органов грудной клетки, при котором определяется инфильтрация легочной ткани в пределах доли легкого, признаки плеврита.

Острая кишечная непроходимость. Симптомы: диспепсические явления (рвота, задержка стула и газов), схваткообразные боли, температура тела нормальная в начале, при осложнении перитонитом 38-40⁰С. Симптом раздражения брюшины выражен слабо, положительный симптом Валя (фиксированная и растянутая в виде баллона петля кишки), Кивуля (тимпанический звук с металлическим оттенком), Мондора (ригидность брюшной стенки), симптом «Обуховской больницы», «Гробовой тишины». Симптомы раздражения брюшины через 12 часов, при развитии перитонита. Рентгенологические признаки: Выявляются отдельные петли кишечника заполненные жидкостью и газом, чаши Клойбера, дугообразно или вертикально расположенные петли тонкой кишки раздутые газом (симптом «органных труб»)

14. Цели лечения:

- устранение болей и диспепсических расстройств;
- ликвидация воспалительных изменений желчного пузыря, позволяющая в ряде случаев предупредить возникновение осложнений;
- терапия осложнений, требующих хирургического лечения (проведение необходимой операции);
- предотвращение осложнений и реабилитация больных;
- повышение качества жизни.

15. Тактика лечения

15.1 Немедикаментозное лечение:

Стол N 5 по Певзнеру. Общим принципом диетотерапии является частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день), в одни и те же часы с учетом индивидуальной переносимости продуктов. Стол N 5 имеет энергетическую ценность 2500-2900 ккал с оптимальным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов. Важным является снижение в пищевом рационе доли животных жиров и увеличение растительных. Среди

продуктов, содержащих животный белок, предпочтение должно отдаваться нежирным сортам мяса (говядина, птица, кролик, рыба). В стадию обострения заболевания мясные блюда приготавливаются в отварном и паровом виде. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей, гречневая и пшенная каши, чай с молоком, кефир, свежие и печеные яблоки, отвар шиповника, компот из сухофруктов, пшеничный хлеб и сухари. Всем больным рекомендуется обильное питье (до 2 л в сутки). Из рациона больных исключают острые и холодные блюда, приправы, спиртные напитки, жареную, жирную, копченую пищу, изделия из теста, особенно сдобного, мясные и рыбные бульоны, газированные и холодные напитки, орехи, кремы. Продукты, содержащие большое количество холестерина (печень, мозги, яичные желтки, бараний и говяжий жиры и др.). Тактика лечения пациентов с ЖКБ во многом определяется клиническим течением заболевания (частота и степень выраженности желчных коликов), количеством, размерами, составом конкрементов, функциональным состоянием желчного пузыря и некоторыми иными факторами.

15.2 Медикаментозное лечение:

Антибактериальные препараты при хроническом некалькулезном холецистите назначаются в случае бактериальной этиологии:

- ампициллин 4-6 г/сут
- цефазолин 2-4 г/сут
- гентамицин 3-5 мг/кг/сут
- клиндамицин 1,8-2,7 г/сут.
- цефотаксим
- кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки
- эритромицин 0,25 г 4-6 раз в сутки
- ципрофлоксацин 500-750 мг 2 раза в сутки

Лечение антибактериальными средствами проводят в среднем не менее 8-10 дней.

- Метронидазол 500 мг х 2-3 раза в сутки
- Орнидазол 500мг: при лямблиозе обычно назначают по 1,5г препарата 1 раз в день (Орнидазол желателно принимать вечером). Длительность курса лечения – 1-2 дня.

Миотропные спазмолитики:

1. Антихолинергические средства:

- атропин 0,1% - 1 мл;
- платифиллин 0,2% - 2 мл;
- метацин 0,1% - 1 мл.

2. Спазмолитические средства:

- дротаверин 2% 2-4 мл внутримышечно или внутривенно;
- папаверин 2% - 2 мл под кожу;
- мебеверина гидрохлорид по 200 мг 2 раза в день в течение 2-4 недель;
- гимекромона по 200-400 мг 3 раза в сутки перед едой за 15-20 мин.;
- гиасцина бутилбромид 2% — 2 мл внутримышечно, внутривенно капельно, затем в драже по 10 мг × 3 раза в день.

Подавление рвоты и тошноты при хроническом холецистите

- Метоклопрамид 2 мл × 2 раза внутримышечно или внутривенно;
- Домперидон 10 мг по 1 таблетке 2-3 раза в день, 7-14 дней.

Холелитолитические средства перорально – в ряде случаев эффективны при рентгенонегативных (холестериновых) камнях: Урсодезоксихолевая кислота по 8-15 мг/кг/сут в 2-3 приёма внутрь в течение длительного времени (до 2 лет).

15.3 Другие виды лечения: -

15.4 Хирургическое вмешательство:

Хронический калькулезный холецистит подлежит плановому оперативному вмешательству.

15.5 Профилактические мероприятия:

Первичная профилактика направлена на своевременное распознавание и лечение заболеваний желчевыделительной системы.

Вторичная – на предупреждение обострений и развития осложнений.

15.6 Дальнейшее ведение: -

16. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- снятие обострения заболевания;
- купирование болевого и диспептического синдромов.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

17. Список разработчиков протокола:

1. Нерсесов А.В. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии, гепатологии с курсом эндоскопии Казахского национального медицинского университета им. С.Асфендиярова, руководитель отдела гастроэнтерологии и гепатологии НИИ кардиологии и внутренних болезней.

2. Кайбуллаева Д.А. – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела гастроэнтерологии и гепатологии НИИ кардиологии и внутренних болезней.
3. Раисова А.М. – кандидат медицинских наук, заведующий отделением терапии НИИ кардиологии и внутренних болезней.
4. Джумабаева А.Е. – Ассистент кафедры гастроэнтерологии, гепатологии с курсом эндоскопии Казахского национального медицинского университета им. С.Асфендиярова, научный сотрудник отдела гастроэнтерологии и гепатологии НИИ кардиологии и внутренних болезней.
5. Новицкая М.С. – младший научный сотрудник отдела гастроэнтерологии и гепатологии НИИ кардиологии и внутренних болезней.

18. Рецензенты: Калиаскарова К.С. – Главный внештатный гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

19. Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола производится не реже, чем 1 раз в 5 лет, либо при поступлении новых данных по диагностике и лечению соответствующего заболевания, состояния или синдрома.

20. Список использованной литературы:

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство, 2008г.
2. Белоусов А. С., Водолагин В. Д., Жаков В. П. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения. М.: Медицина, 2002. 424 с.
3. Ильченко А. А. Желчнокаменная болезнь. М.: Анахарсис, 2004. 200 с.
4. Калинин А. В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение//Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2002. № 3. С. 25–34.
5. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 264 с.
6. Лоранская И. Д., Мошарова Е. В. Билиарные дисфункции: диагностика, лечение: учебное пособие. М., 2004. 20 с.
7. Шульпекова Ю. О., Драпкина О. М., Ивашкин В. Т. Абдоминальный болевой синдром//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2002. Т. 12. № 4. С. 8–15.
8. Яковенко Э. П., Агафонова Н. А., Кальнов С. Б. Одестон в терапии заболеваний билиарного тракта//Практикующий врач. 2001. № 19. С. 33–35.
9. Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders.// Second edition. 2000. 764 с.
10. Marschall H.U., Einarsson C. Gallstone disease // J. of Internal Medicine. 2007. 261 с.

11. Tez M. Gold Therapy for the reduction of biliary pain // Med. Hypothes.
2006. 66 c.