



Проф. Т.Д. Звягинцева,

доц. И.И. Шаргород

Харьковская медицинская академия
последипломного образования
Кафедра гастроэнтерологии

Хронический бескаменный холецистит: клиника, диагностика и лечение

Среди заболеваний билиарной системы хронический бескаменный холецистит (ХБХ) занимает центральное место и составляет 35,2%. В Украине отмечается рост ХБХ, и по дальнейшим прогнозам он будет увеличиваться, что связано с нарушением характера питания, отрицательными экологическими факторами, радиацией и другими причинами. Ежегодно в мире проводится около 25 млн холецистэктомий.

В зарубежной литературе ХБХ 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. Однако у многих больных, страдающих ХБХ, желчнокаменная болезнь в последующем не развивается.

Хронический бескаменный холецистит — заболевание с рецидивирующим течением, в основе которого лежит полиэтиологической природы воспалительный процесс в стенке желчного пузыря (ЖП), с вторичными нарушениями его концентрационной и моторно-эвакуаторной функций и изменениями физико-химических свойств желчи (дисхолия).

● Этиология и патогенез

Факторы риска и причины развития:

- Инфекция (кишечная палочка, кокки, вирусы, и другие агенты);
- 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.

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 при панкреато-билиарном рефлюксе. Такие формы холецистита относят к ферментативным.

• Классификация

1. В зависимости от клинического течения:

а) типичная форма;

в) атипичные формы: кардиалгическая, поясничная, гастродуоденальная, эзофагическая, кишечная.

2. По характеру течения:

а) рецидивирующий;

в) монотонный.

3. В зависимости от функционального состояния ЖП:

а) с дисфункцией по гипертоническому типу;

в) с дисфункцией по гипотоническому типу.

4. По стадии заболевания:

а) обострение;

б) стадия неполной ремиссии;

в) стадия ремиссии.

5. По тяжести течения:

а) легкая;

б) средней тяжести;

в) тяжелая.

6. По наличию осложнений:

а) неосложненный;

б) осложненный (перихолецистит, холангит, панкреатит, реактивный неспецифический гепатит).

В Международной классификации болезней (МКБ-10) в рубрику K81.1 включен Хронический холецистит, фазы процесса: F1- обострение, F2 —ремиссия, тип дискинезии: Q1- гипотоническая, Q2 —гипертоническая, в рубрику K 81.8 — другие формы холецистита, -K 81.9 — холецистит неуточненный.

• Клиника

Симптомы и особенности клинического течения ХБХ зависят от выраженности и продолжительности воспалительного процесса в ЖП; наличия функциональных нарушений в билио-дуоденальной системе; наличия заболеваний смежных с ЖП органов.

Типичная клиника характеризуется наличием «синдрома правого подреберья» — боль или чувство

тяжести, жжения в правом подреберье; диспептическим синдромом; общими проявлениями (астенизация, снижение работоспособности, бессонница, раздражительность; субфебрильная температура и др.).

Боль в правом подреберье может иррадиировать в правое плечо, лопатку, спину, область сердца; на характер боли влияют сопутствующие функциональные дисфункции.

Приступы боли сопровождаются горечью и сухостью во рту, тошнотой, рвотой. Рвота при сопутствующей гипертонической дискинезии и перихолецистите (постоянная боль, усиливается при движении) приводит к усилению болевого синдрома, а при гипотонической дисфункции уменьшает чувство боли и тяжести в правом подреберье.

При легком течении ХБХ болевой синдром не резко выражен, обострения 1—2 раза в год, продолжительность обострений не более 2—3 недель. Механизм боли — чаще дистензионный, реже — спастический, по типу неинтенсивных желчных коликов.

При течении ХБХ средней тяжести — характерен стойкий болевой синдром, часто возникает после переиздания, стресса.

При тяжелой форме — резко выражен болевой синдром и диспепсические явления, отмечаются частые продолжительные (1—2 раза в месяц и чаще) желчные колики. Медикаментозная терапия малоэффективна, нередко развиваются осложнения.

При нетипично протекающем холецистите болевой синдром может отсутствовать, на первый план выступает диспепсический.

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.

Иногда больные могут жаловаться на кожный зуд, субиктеричность склер, кратковременную переходящую желтуху, что объясняется включением в процесс сфинктера Одди.

При обострении воспалительного процесса в ЖП могут появиться озноб, субфебрилитет, однако они при ХБХ незначительны.

У 1/3 больных ХБХ отмечают **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

Клинико — лабораторные и инструментальные методы исследования:

При исследовании клинического анализа крови в период обострения характерен нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

При биохимическом исследовании крови — увеличение альфа-2-глобулина, положительный «С»-реактивный белок, повышаются сиаловые кислоты, фибрин, уровень связанного билирубина, трансаминазы, ЩФ, 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 холестагическое давление в билиарном тракте, готовность ЖП к опорожнению и его тонус.

О гипертонической дискинезии желчного пузыря следует говорить, когда в пробирку поступает пузырная 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 пузырной 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 пузырной 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 пузырной порции делается заключение о тоне 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 сред-

нем 10—20 минут, у здоровых людей она золотистого цвета, прозрачная, рН = 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 минут 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 внутривнутрипеченочных 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 рН 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.

Ультразвуковая диагностика особенно информативна. Вне обострения ХБХ отмечается утолщение (более 3 мм) и уплотнение стенки ЖП, неоднород-

ность 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. Наиболее информативна для диагностики ХБХ динамическая ультрасонография.

Для уточнения характера дискинетических расстройств желчного пузыря с помощью УЗИ исследуют его объем натощак и после желчегонного завтрака. Моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря считается нормальной, если его объем к 30—40-й минуте уменьшается на 1/3—1/2 от первоначально. В качестве желчегонного завтрака используют 20 г сорбита со 100 мл воды или внутривенное введение холецистокинина в дозе 20 мг/кг. Для оценки функционального состояния протоковой системы и сфинктерного аппарата УЗИ не всегда является достаточно информативным методом. Верхняя граница нормы диаметра общего желчного протока составляет 0,6 см, но обычно общий желчный проток имеет намного меньший диаметр — в среднем $0,28 \pm 0,12$ см. У 95% пациентов диаметр нормального общего желчного протока равен 0,4 см и меньше.

• Дифференциальная диагностика

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

При хроническом холецистите приступы боли в правом подреберье чаще всего возникают после нарушения диеты, интеркуррентных инфекций, физического напряжения. При дисфункциях ЖП боль чаще всего появляется после волнения, нервного перенапряжения, реже — от нарушения диеты. Боль непостоянна, незакономерна: то несколько раз в неделю, то долго отсутствует, непостоянная.

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.

• Принципы лечения больных ХБХ

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

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).

• Медикаментозная терапия

Купирование болевого синдрома

При обострении ХБХ, который сопровождается дисфункцией сфинктера Одди и абдоминальными болями, показано применение селективных миотропных спазмолитиков (дуспаталин, мебеверин, метацин, платифиллин, баралгин) и селективных М1-холиноблокаторов (гастроцепин). В последние годы среди миотропных селективных спазмолитиков получил распространение мебеверин гидрохлорид (дуспаталин, мебеверин ретард, мебеверин). 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, но-шпа форте, бенциклан (галидор), отилония цитрат (метеоспазмил). Для снятия болевого синдрома предпочтение отдается преимущественно инъекционным формам вышеперечисленных спазмолитических и антихолинэргических препаратов — риабалу, спазмобрю, дротаверину.

Спазмомен (отилония бромид) назначается по 1 таблетке 3 раза в сутки, особенно в сочетании с ДСО, СРК.

Бускопан (гиосцина бутилбромід) — оказує спазмолітичне діє на гладку мускулатуру, назначається по 10—20 мг (1—2 табл.) 3 рази в сутки, ректальні суппозиториї — по 1—2 суп. 3 рази в сутки. Можливо застосування ненаркотических анальгетиків — анальгін (2 мл 50% розчину) або трамал (парентерально 50—100 мг). Риабал (прифиніум бромід) — селективний М-холіноблокатор, має спазмолітичний ефект на жовчовивідні шляхи, особливо на сфінктер Одді (по 2 мл в/м в течение 5—7 днів, потім по 30 мг 3 рази в сутки всередині в течение 14 днів).

При ХБХ з гіпомоторною дисфункцією ЖП для підвищення скоротильної функції застосовують прокінетики в течение 10—14 днів: ганатон, ітомед, праймер, по 1 табл. 2 рази в сутки, домперидон (мотилиум, моторікс) 5—10 мг 3 рази на день за 30 хвилин до їди.

К лікарственным засобам, здатним відновити моторику жовчного тракту незалежно від типу її порушення і купірувати болювий синдром належить тримебутин (требулат, тримспа, дебридат). Тримебутин модулює высвобождение жовчочно-кишкових пептидів, оказує позитивний ефект як при гіпомоторній, так і при гіпермоторній дисфункції ЖП. Назначають в дозі 200 мг 3 рази в день за 30 хвилин до їди в течение 28 днів.

Основною медикаментозною лікуванням ХБХ є протизапальна терапія. Вибір антибактеріального препарату залежить від індивідуальної переносимості і від чутливості до антибіотиків мікрофлори жовчі.

Найбільш ефективними є антимікробні препарати групи фторхінолонів — норфлоксацин (ноліцин, норбактин, гираблок) 0,4 г 2 рази в сутки, офлоксацин (таривід, заноксін) 0,2 г 2 рази в сутки, ципрофлоксацин (ципробай, ципролет, цифран) 0,5 г 2 рази в сутки, левофлоксацин (таванік, левоксацин) 0,5 г 2 рази в сутки; макроліди — еритромицин 0,25 г 4 рази в сутки, азитромицин (сумамед, азитрокс, азитрал) 0,5 г 1 раз в сутки, кларитромицин (кларид, клабакс, клеримед) 0,5 г 2 рази в сутки, рокситромицин (рулід, роксид, роксолід) 0,1 г 2 рази в сутки, мидекаміцин (макропен) 0,4 г 2 рази в сутки і полусинтетическі тетрацикліни — доксациклін (вібраміцин, юнідокс солютаб, медомицин) 0,1 г 2 рази в сутки, метациклін 0,15 г 4 рази в сутки. В останнє час використовують селективний антибіотик — рифаксимін по 200 мг — 2 таблетки 3 рази в сутки (суточна доза — 1200 мг).

Можно застосовувати полусинтетическі пенициліни: ампицилін 0,5 г 4 рази в сутки, оксацилін 0,5 г 4 рази в сутки, ампиокс 0,5 г 4 рази в сутки — хоча вони менш активні. В тяжких випадках — цефалоспорины (кецеф, цефобід, клафоран, цефепім, роцефін). Предпочтительнее пероральний шлях прийому антибіотика, курс лікування — 7—8 днів, можливо повторення курсу з іншими антибіотиками через 3—4 дні.

При відсутності чутливості мікрофлори жовчі до антибіотиків або наявності алергії до них

рекомендується котримаксозол (бісептол, бактрим) 2 таблетки 2 рази в сутки, хоча його ефективність значно нижче, ніж у антибіотиків, а небажаний вплив на печінку — вище. Хороший ефект дає застосування нітрофуранових препаратів — фуразолідона, фурадоніна, а також метронідозола (0,5 г 3 рази в сутки в течение 7—10 днів).

Назначення жовчогонних препаратів вимагає диференційованого підходу в залежності від наявності запалення і типу дисфункції. Вони показані тільки після стихання запального процесу. Всі жовчогонні препарати ділять на дві великі групи: **холеретики** — засоби, стимулюючі жовчотворення, і **холекінетики** — засоби, стимулюючі жовчовиділення.

К холеретикам належать препарати, збільшуючі секрецію жовчі і стимулюючі утворення жовчних кислот (істинні холеретики), які розділяються:

- на препарати, що містять жовчні кислоти — дехолін, аллохол, холезим, хологон;
- препарати рослинного походження — хофітол, таначехол, холагол, гепабене, гепабель, силімарин;
- препарати, збільшуючі секрецію жовчі за рахунок водного компонента (гідрохолеретики) — мінеральні води.

К холекінетикам, стимулюючих жовчовиділення, належать:

- холекінетики — засоби, що викликають підвищення тону сфінктерів жовчовивідних шляхів і жовчного бульбашки — сульфат магнію, карловарська сіль, сорбіт, ксиліт, холагол, оліметин, ровахоль, препарати, що містять масляні розчини — туквеол;
- препарати, що викликають розслаблення жовчних шляхів (холеспазмолітики) — платифілін, гастропіпін, но-шпа, дуспаталін, одестон.

Рафахолін Ц — комплексний препарат, який має холеретический ефект, збільшує кількість жовчі, оказує захисний ефект на паренхіму печінки, посилює перистальтику кишечника, має протизапальний, спазмолітичний ефект. Назначається по 1—2 драже 3 рази в сутки після їди.

Препарати вказаних груп слід призначати диференційовано, в залежності від виду дискінезії, супроводжуваної ХБХ.

З метою усунення печеночно — клітинної дисхолії, що призводить до утворення жовчних каменів, і нормалізації зовнішньосекреторної функції печінки застосовують препарати урсодезоксихолевої кислоти: урсофальк, урсосан, урсолизин.

Ентеросорбенти:

- Мультисорб — 15 г/сут, на 3 приєми, запиваючи водою;
- Полифепан-гранули — 1 стол.л.+1/2 стак. води, 3-4 р/сут, між їдою, 2—3 тижні;
- Энтеросгель — по 15—20 г в 30 мл води. 3р/сут;
- Экстралакт, Лактофільтрум — по 2 таб. 3 рази 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, пангрол 25000 ЕД по 1- 2 капсулы 3 раза в сутки — 2—3 недели.

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

Для нормализации кишечного микробиоценоза используют про- и пребиотики: лактиале — 2 капсулы в сутки — 2-3 недели, энтерожермина — по 1 капсуле 2 раза в сутки- 3 недели; лациум — по 1саше 2 раза в сутки; бион-3 — 1 капсула в сутки -1 месяц; мутафлор по 1 капс. 2 раза в сутки — 3 недели; спазмолак — 1-2 капс. в сутки — 4недели, лацидофил по 1 капс. 3 раза в сутки; ротабиотик — по 1 капсуле 2 раза в сутки-14 дней, 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 Щербаку 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** (Трускавец, Моршин, Березовские минеральные воды, Поляна Квасова, Рай-Еленовка, Ессентуки, Железноводск, Карловы Вары и др.) показано только в фазе клинической ремиссии.

Минеральные воды издавна широко применялись в лечении хронических холециститов, так как большинство из них обладают холеретическим и холекинетическим действием, влияют на химизм желчи, повышая холато-холестериновый коэффициент. Пероральное применение минеральных вод можно сочетать с интрадуоденальным промыванием, а также слепым зондированием (тюбаж без зонда).

• 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 рефлекссы) 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.

Список использованной литературы

1. Барановский А.Ю. Холецистит В кн.: Гастроэнтерология (под. ред. Барановского А.Ю). — СПб.: Питер, 2012. — С. 295 — 301.
2. Вялов С.С. Холецистит некалькулезный хронический. В кн.: Гастроэнтерология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — С. 46 — 49.
3. Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И. Хронический бескаменный холецистит // Ліки України. — 2010. — №. 8 (144). — С. 18 — 26.
4. Звягинцева Т.Д. Хронічний безкам'яний холецистит / Звягинцева Т.Д., Шаргород І.І., Мірзоева Л.А. та інш.// Методичні рекомендації. — Х., 2003. — 28с
5. Звягинцева Т.Д. Захворювання жовчного міхура та жовчних шляхів. В кн.: Гастроэнтерология. — К., 2007. — С. 315 — 335.
6. Ильченко А. А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей. — М.: МИА, 2010. — 256с.
7. Ильченко А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Рук-во для врачей. — М.: Анахарсис, 2006. — 448 с.
8. Иванченкова Р. А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. М.: Атмосфера, 2006. — 416 с.
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. Лоранская И.Д., Ракитская Л.Г., Малахова Е.В. и др. Лечение хронических холециститов // Лечащий врач. — 2006. — №. 6. — С. 5 — 11.
11. Полунина Т.Е., Полунина Е.В.Хронический холецистит // Лечащий врач. — 2008. — №. 4. — С. 3 — 9.
12. Скворцов В.В.,Тумаренко А.В. Актуальные вопросы терапии хронического некалькулезного холецистита // Лечащий врач. — 2009. — №. 2. — С. 11—18.
13. Marschall H.U., Einarsson C. Gallstone disease. // J. of Internal Medicine. — 2007. — Vol. 261. — P. 529—542.
14. Paumgartner G. Medical treatment of cholestatic liver diseases: From pathobiology to pharmacological targets // Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12 (28). — P. 4445 — 4451.

15. Schirmer B. D., Winters K. L., Edlich R. F. Cholelithiasis and cholecystitis // *J. Long Term. Eff. Med. Implants.* — 2005. — Vol. 15, № 3. — P. 329—338.
16. Schmidt M., Dumot J.A., Soreide O., Sondena K. Diagnosis and management of gallbladder calculus disease // *Scand J Gastroenterol.* — 2012. — Vol. 47 (11). — P. 1257—1265.
17. Wang H.H, Portincasa P, Liu M., Tso P, Samuelson L.C., Wang D.Q. Effect of gallbladder hypomotility on cholesterol crystallization and growth in CCK—deficient mice // *Biochim Biophys Acta.* — 2010. — Vol.1801(2). — P. 138—146.

Хронічний безкам'яний холецистит: клініка, діагностика і лікування

Проф.Т.Д. Звягінцева, доц. І.І. Шаргород

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті представлено дані про етіологію та патогенез, фактори ризику і причини хронічного холециститу. Висвітлено методи діагностики, лікування, диференційоване призначення жовчогонних препаратів, прокінетиків в залежності від наявності гіпо- чи гіперкінетичної дискінезії жовчного міхура, яка супроводжує хронічний холецистит.

Ключові слова: хронічний холецистит, атипові форми хронічного холециститу, основні діагностичні критерії, принципи лікування, холеретики і холекінетики

Chronic acalculous cholecystitis: clinical features, diagnosis and treatment

Prof. T.D. Zvyagintseva, PHD I.I. Shargorod

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The article presents data on the etiology and pathogenesis, risk factors and causes of chronic cholecystitis.

The article deals with methods of diagnosis, treatment, differentiated appointment of choleric drugs, prokinetics depending on the presence of hypokinetic or hyperkinetic dyskinesia of the *gallbladder* that accompanying the chronic cholecystitis.

Key Words: chronic cholecystitis, atypical forms of chronic cholecystitis, basic diagnostic criteria, treatment guidelines, choleric drugs and cholekinetics.

Контактна інформація: Звягінцева Тетяна Дмитрівна — зав. кафедрою гастроентерології ХМАПО, доктор медичних наук, професор. м. Харків, пр. Московський, 197, м. 050-594-06-01, e-mail: gastro@med.edu.ua.

Стаття надійшла до редакції 20.10.2015 р.