

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

В.Н. Петров, проф., В.А. Лапотников, проф.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
E-mail: vlapotnikov@mail.ru

Изложены причины, принципы диагностики, профилактики и лечения хронического холецистита. Приведены основные составляющие сестринского ухода при этом заболевании.

Ключевые слова: хронический холецистит, диагностика, профилактика, лечение, сестринский уход.

Хронический холецистит (ХХ) – хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря – широко распространено, особенно в возрастной группе 40–70 лет, и встречается чаще у женщин. Распознавание этого заболевания, являющегося нередкой причиной временной нетрудоспособности и ухудшения качества жизни, представляет определенные трудности, в первую очередь – на догоспитальном этапе медицинской помощи.

Выделяют хронический бескаменный холецистит (ХБХ) и хронический калькулезный холецистит (ХКХ). В настоящее время преобладает мнение о преимущественно последовательном развитии заболеваний желчного пузыря. Функциональные моторно-тонические расстройства (дискинезии) желчевыводящих путей, протекающие по гиперкинетическому (гипертоническому) или гипокинетическому (гипотоническому) типу соответственно с повышением или понижением тонуса и сократительной (двигательной) активности желчного пузыря, нередко способствуют застою, изменению физико-химических свойств и инфицированности желчи в желчном пузыре. Развивается хронический воспалительный процесс, поражающий его слизистую оболочку и стенку – ХБХ. В большинстве случаев он является причиной образования холестериновых, билирубиновых и смешанных желчных камней, возникновения ХКХ, который нередко отождествляется с желчнокаменной болезнью.

Возникновению ХХ могут способствовать аномалии развития желчевыводящих путей, хронические заболевания пищеварительной системы (гепатит, гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит и др.), существенно реже – острый холецистит.

Этиология и патогенез

Наиболее частые причины ХХ:

- бактериальная инфекция (кишечная палочка, энтерококки, протей, стрептококки, стафилококки и др.) и существенно реже – вирусная;
- паразитарная инвазия (описторхоз, клонорхоз и др.);
- грибковое поражение (актиномикоз и др.).

В подавляющем большинстве случаев ХХ развивается на фоне бактериальной инфекции, которая проникает в желчный пузырь энтерогенным (восходящим из кишечника), гематогенным (из хронических очагов инфекции) или лимфогенным путем.

Развитию заболевания способствует застой желчи в желчном пузыре, обусловленный главным образом гипокинетической дискинезией желчевыводящих путей, аномалиями их развития, малоподвижным образом жизни (гиподинамией), погрешностями в питании (избыточное потребление жирной и жареной пищи, легкоусвояемых углеводов, недостаточное использование растительной клетчатки и др.), редкими приемами пищи, ожирением, повторными беременностями, запорами и др.

В начальной стадии ХХ – воспалительный процесс, инициированный бактериальной и другой флорой, поражает слизистую и подслизистую оболочки желчного пузыря. В дальнейшем воспалительная инфильтрация распространяется на всю стенку желчного пузыря с развитием соединительной ткани (фиброза) и утолщением его стенки, поражением серозной оболочки (перихолецистит).

Клиника и диагностика

ХХ свойственно длительное прогрессирующее течение с чередованием периодов обострений и ремиссий. ХБХ встречается значительно реже и имеет менее выраженные клинические проявления по сравнению с ХКХ.

Клиническая картина ХХ во многом зависит от сопутствующей ему *гиперкинетической* или *гипокинетической дискинезии* – соответственно от усиления или ослабления моторно-тонических функций желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров, отсутствия или наличия камней, их расположения в желчевыводящей системе, осложнений ХХ и наличия у пациента сопутствующих заболе-

ваний. Диагностика этих клинических ситуаций у конкретного больного нередко весьма затруднительна и осуществляется врачом.

Выделяют фазы обострения, затухающего обострения и ремиссии заболевания. Причинами обострения ХХ чаще всего бывают нарушения диеты (жирная, жареная, копченая, острая пища, алкогольные и газированные напитки), острые инфекционно-воспалительные заболевания (бронхит, пневмония и др.), переохлаждение, физические и нервно-психические нагрузки. В эту фазу заболевания повышается температура тела, появляются или усиливаются симптомы ХХ.

Клиническая картина ХХ складывается из болевого, диспепсического и невротического синдромов. Характер боли в определенной степени обусловлен сопутствующей дискинезией желчевыводящих путей: при гипотоническом варианте она может быть постоянной или периодической, тупой или ноющей, при гипертоническом – более кратковременной, интенсивной, схваткообразной. Боли локализуются в правом подреберье и подложечной области, могут иррадиировать в правую лопатку, ключицу, плечо, поясничную область. С трудом переносимые, очень интенсивные, схваткообразные боли в правом подреберье с вышеописанной иррадиацией – желчная колика – характерны для ХКХ и нередко обусловлены закупоркой камнем шейки желчного пузыря или внепеченочных желчных путей.

Болевой синдром провоцируют употребление жирной, жареной, копченой, острой пищи, газированных напитков; выраженные физические нагрузки (подъем и ношение тяжестей, физические упражнения с наклонами туловища и др.), сотрясение тела (езда в тряском транспорте и др.), психоэмоциональные стрессовые ситуации.

Диспепсический синдром характеризуется тошнотой, отрыжкой, горечью во рту, вздутием живота, расстройством стула (запор или понос), ухудшением аппетита. Значительно реже наблюдается рвота.

Достаточно типичными проявлениями невротического синдрома являются конфликтность, неуживчивость, склонность к самоанализу.

При осмотре пациента нередко обнаруживают субиктеричность склер, обложенность языка. С помощью пальпации и перкуссии выявляют болевые точки и зоны, обусловленные раздражением вегетативной нервной системы. Об обострении заболевания свидетельствует болезненность при надавливании в точке желчного пузыря (место пересечения правой реберной дуги с наружным краем прямой мышцы живота), а также под правой лопаткой в области прикрепления XI–XII ребер к позвоночнику. Свидетельствуют о наличии ХХ возникновение или усиление боли во время выдоха или на высоте глубокого вдоха при пальпации в точке желчного пузыря. Аналогичное диагностическое значение имеют появление боли после сотрясения правой реберной

дуги ударом ребром ладони, болезненность при пальпации в надключичной области справа между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

В перечень обязательных лабораторных исследований входят: клинический анализ крови, определение в крови концентрации общего, свободного и связанного билирубина, аминотрансфераз (аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы), гамма-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, амилазы, холестерина, общего белка и белковых фракций, глюкозы, а также общий анализ мочи, копрограмма, электрокардиограмма (ЭКГ).

Из инструментальных исследований наиболее ценные – обзорная рентгенография органов брюшной полости, холецистография, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, эзофагогастродуоденоскопия, фракционное хроматографическое дуоденальное зондирование с микроскопическим, бактериологическим и биохимическим исследованием желчи.

Достаточно характерными и диагностически важными являются изменения в анализе крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ), в пузырной желчи при дуоденальном зондировании (скопление эпителиальных клеток, слизь, лейкоциты).

Подтверждают диагноз ХХ результаты рентгенологического исследования (ограничение смещаемости, деформация, моторные нарушения желчного пузыря, перихолецистит) и УЗИ (утолщение и уплотнение стенки желчного пузыря, нарушение его экоструктуры). Обнаружение в желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках камней свидетельствует о наличии ХКХ.

Течение заболевания чаще легкое, реже – средне-тяжелое и тяжелое. Оно может осложниться воспалением внутрипеченочных желчных протоков (холангитом), развитием гепатита и панкреатита. ХКХ дополнительно осложняют развитие механической желтухи, водянки и эмпиемы желчного пузыря.

Сестринский уход

1-й этап сестринского процесса – целенаправленно собранный анамнез с последующим объективным исследованием пациента. Медсестра выявляет нарушенные потребности пациента и обусловленные этим проблемы (сестринский диагноз), что позволяет правильно спланировать уход. Необходимо конкретизировать жалобы пациента, касающиеся болевого и диспепсического синдромов, выяснить, когда впервые возникли симптомы заболевания, связаны ли они с приемом пищи, погрешностями в питании. Медсестра должна расспросить пациента об особенностях его питания и профессиональной деятельности, о наличии хронических заболеваний пищеварительной системы, вредных привычках, использовании лекарственных средств.

Сестринские диагнозы (проблемы пациента) при ХХ могут выглядеть следующим образом:

- боли в правом подреберье и подложечной области;
- диспепсические расстройства (отрыжка, тошнота, горечь во рту);
- вздутие живота (метеоризм);
- дефицит знаний: недостаточная осведомленность пациента о причинах заболевания, способах его предупреждения и лечения;
- психологические, социально-экономические проблемы, обусловленные заболеванием и изменениями привычного образа жизни.

Медсестра наблюдает за состоянием и поведением пациента, отмечает изменения его самочувствия и общего состояния, обучает методам самоухода, следит за выполнением общегигиенических мероприятий, в том числе – за соблюдением правил гигиены полости рта. При возникновении боли (желчной колики) она укладывает больного в постель, успокаивает его, запрещает употребление пищи и жидкости, вызывает врача.

Купирование диспепсического синдрома предусматривает ряд мероприятий:

- пациенту необходимо соблюдать правила гигиены полости рта (чистка зубов и полоскание ротовой полости кипяченой водой, раствором питьевой соды или теплым отваром лекарственных трав – ромашки, мяты и др. – после каждого приема пищи);
- при тошноте исключают из рациона жирную, жареную, копченую пищу, консервы; рекомендуют больному пить небольшими глотками подсоленную воду или негазированную минеральную воду (Боржоми, Ессентуки и др.), сосать мятную конфету, кусочки льда, лимона или ананаса;
- при метеоризме запрещают употребление газированных напитков и некоторых продуктов (горох, фасоль, капуста, хлеб, молоко и др.), применяют эспумизан, активированный уголь, настой ромашки, отвар укропного семени и др.

Главную роль в решении основных проблем пациента – купировании болевого и диспепсического синдромов – играет диетическое, медикаментозное, а при ХКХ – и хирургическое лечение.

Медсестра следит за выполнением пациентом лечебных мероприятий, выявляет нарушения диеты, отрицательное действие лекарственных средств и сообщает об этом врачу.

Принципы лечения

При легком течении ХХ показано амбулаторное (домашнее) лечение, при среднетяжелом и тяжелом – стационарное.

Немедикаментозное лечение предусматривает разумное чередование отдыха и физической активности (утренняя гимнастика, плавание, прогулки на

свежем воздухе и др.), лечебную физкультуру, фитотерапию, использование минеральных вод и лечебное питание. Обычно назначают 5-й стол с частыми (4–5 раз в сутки) приемами небольшого количества пищи.

Диетотерапия – важный компонент лечения, способствующий стимуляции желчеотделения, уменьшению активности воспалительного процесса в желчном пузыре, профилактике образования камней. Частое, дробное, механически и химически щадящее питание улучшает опорожнение желчного пузыря благодаря стимуляции его моторно-эвакуаторных функций. Учитывается индивидуальная переносимость пищевых продуктов. В пищевом рационе ограничивают содержание жиров при достаточном (нормальном) количестве белков и углеводов. Исключают или ограничивают употребление жирных, жареных, копченых и соленых блюд, острых приправ, богатых холестерином продуктов (субпродукты, яичный желток, орехи, красная и черная икра), тортов и пирожных, кремов, алкогольных и газированных напитков. Увеличивают долю овощей и фруктов, растительных масел (оливковое, подсолнечное, кукурузное и др.) при нормальном содержании в диете нежирных сортов мяса, птицы, рыбы, молочных продуктов – молоко, творог и др.

Медикаментозное лечение ХХ зависит от вида сопутствующей дискинезии желчевыводящих путей, отсутствия или наличия камней в желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках, тяжести течения заболевания. При относительно легком клиническом течении обострения, свойственного ХБХ, используют короткие курсы (5–7 дней) антибактериальной терапии препаратами тетрациклинового (метациклин, доксициклин и др.) и фторхинолонового ряда (норфлоксацин, ципрофлоксацин и др.), сульфаниламидами (бисептол и др.), нитрофурановыми производными (фурагин, эрсефурил и др.) для внутреннего применения. Тяжелое течение обострения заболевания (наблюдается главным образом при ХКХ) является показанием к парентеральному использованию антибиотиков фторхинолонового (левофлоксацин, пefлоксацин), цефалоспоринового (цефтриаксон, цефтазидим, цефепим и др.), аминогликозидового (амикацин, тобрамицин и др.) ряда, полусинтетических пенициллинов (амоксиклав, тиментин и др.).

Для купирования болевого синдрома, характерного для ХХ в сочетании с гиперкинетической дискинезией и более выраженного при ХКХ, применяют средства, расслабляющие гладкую мускулатуру: миотропные спазмолитики (дюспаталин, папаверин, но-шпа и др.); нитраты (нитроглицерин, нитросорбид и др.), блокаторы холинергических рецепторов (атропин, платифиллин, гастропепин), комбинированные препараты (баралгин, спазмалгон и др.).

При ХБХ в сочетании с гипокинетической дискинезией используют следующие лекарственные средства: холеретики, увеличивающие секрецию

желчи (циквалон, петрушка, шиповник, пижма, аир болотный, одуванчик лекарственный и др.); холинокинетики, способствующие выделению желчи из желчного пузыря (сорбит, ксилит, маннит, сернокислая магнезия, растительные масла – подсолнечное, оливковое и др.); прокинетики, стимулирующие моторно-сократительную функцию желчевыводящих путей (домперидон, цизаприд); полиферментные препараты (панзинорм, дигестал, креон и др.).

Достаточно эффективным консервативным методом лечения ХХХ является пероральная литолитическая терапия. Для растворения холестериновых камней используют препараты желчных кислот: хенодесоксихолевой (хенофальк, хенодиол и др.) и урсодесоксихолевой (урсофальк).

Наиболее эффективный (радикальный) способ лечения ХХХ – хирургический с помощью лапароскопической или лапаротомической холецистэктомии (удаление камней и желчного пузыря).

Профилактика

Предупреждение развития ХХ в первую очередь связано с пропагандой и организацией здорового образа жизни (правильное питание, занятия физической культурой, исключение вредных привычек, в том числе употребление алкоголя). Несомненно, перспективны в этом плане устранение гиподинамии, ожирения, раннее выявление и лечение хронических очагов инфекции, дискинезии желчевыводящих путей, хронического гепатита и гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Вторичная профилактика, направленная на предупреждение обострений и прогрессирования заболевания, предусматривает дополнительно к

перечисленным мероприятиям лечебное питание, использование минеральных вод, курсы лекарственной терапии.

Рекомендуемая литература

Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: руководство для врачей. – М.: Анахарсис, 2006. – 488 с.

Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 928 с.

Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. – 264 с.

Никонов А., Ардасенов Т. Спазмолитическая терапия в купировании болей при желчекаменной болезни // Врач. – 2010; 9: 21–24.

Руководство для средних медицинских работников / Под ред. Ю.П. Никитина, В.М. Чернышева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 992 с.

Циммерман Я.С. Хронический холецистит и его клинические маски: диагностика и дифференциальная диагностика //Клин. мед. – 2006; 5: 4–12.

CHRONIC CHOLECYSTITIS

Professor V.N. Petrov, Professor V.A. Lapotnikov

Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education; Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University, Russian Agency for Health Care

The paper presents the causes of chronic cholecystitis, and the principles of its diagnosis, prevention, and treatment. It gives the main components of nursing care for this disease.

Key words: chronic cholecystitis, diagnosis, prevention, treatment, nursing care.