ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Хроническим холециститом называется воспалительный процесс, развивающийся в желчном пузыре. При сочетании с воспалением желчных путей возникает холецистохолангит. Обращаемость в лечебные учреждения детей, страдающих этой патологией, составляет не более 3-4 % случаев от всех гастроэнтерологических заболеваний. Обычно заболевание проявляется у детей старшего возраста, в 2-3 раза чаще встречается у девочек-подростков.

Этиопатогенез

В формировании хронической патологии желчевыводящей системы особое значение придается стойким функциональным расстройствам билиарного тракта, аномалиям желчного пузыря, которые способствуют длительному холестазу.

Воспалительный процесс стенки желчного пузыря может быть обусловлен инфекционными причинами или развиваться абактериально. При ухудшении пассажа желчи по билиарному тракту, изменениях ее коллоидного и бактерицидного состояния, нарушениях иммунологического гомеостаза ребенка инфицирование билиарной системы осуществляется обычно за счет условно-патогенной аутофлоры из кишечного отдела пищеварительного тракта, хронических очагов инфекции (ЛОР-патология, кариес и др.). Причем появлению аутофлоры в желчи во многом способствует дисбиоценоз пищеварительного тракта. Внедрение инфекционных агентов может осуществляться либо путем энтеробилиарного рефлюкса (заброса кишечного содержимого в желчевыводящую систему) или лимфо-, гематогенным путем.

При бактериологическом исследовании желчи чаще всего выявляют энтеропатогенную кишечную палочку, стафилококки, энтерококки, протей и др. Кроме того, вирус гепатита, аденовирусы, энтеровирусы могут способствовать воспалительному процессу в желчном пузыре и желчевыводящих путях. В последнее время в формировании хронической патологии желчного пузыря значительную роль стала играть грибковая инфекция.

Абактериальный вариант воспаления желчного пузыря вызывается панкреатобилиарным рефлюксом - патологическим забросом агрессивного панкреатического сока в билиарный тракт при патологии сфинктера Одди (гипотония, аномалия развития) на фоне гипотонического варианта дисфункции желчного пузыря.

Воспалительному процессу в желчевыводящей системе способствуют аномалии развития желчного пузыря, паразитозы (описторхоз, стронгилоидоз, фасциолез и др.), оказывающие непосредственное повреждение стенки желчевыводящих путей, а также аллергическая предрасположенность организма и некоторые другие причины. Формирование воспалительного поражения билиарного тракта в значительной степени зависит от состояния иммунной системы организма, специфических и неспецифических факторов защиты. Замечено, что воспаление чаще развивается у пациентов из группы часто и длительно болеющих детей, имеющих очаги хронической инфекции.

При воспалительном поражении билиарного тракта у детей редко наблюдаются изолированные формы патологии. Процесс обычно начинается в области шейки и протока пузыря, т. е. возникает шеечно-воронковый холецистит, в дальнейшем воспалительные изменения происходят как в стенке желчного пузыря, так и в желчных протоках (холецистохолангит).

Классификация воспалительных заболеваний билиарного тракта

По локализации: холангит, холецистит, холангиохолецистит.

По течению: острое, хроническое: монотонное, рецидивирующее, непрерывно-рецидивирующее.

По характеру воспаления: катаральное, флегмонозное, гангренозное.

По фазе (периоду) заболевания: обострение, неполная ремиссия, ремиссия.

Клиника

В первое время клиническая картина хронического холецистита практически не отличается от симптоматики, как при дисфункции билиарного тракта. Однако в дальнейшем заболевание приобретает упорное, волнообразное течение, что является кардинальным признаком хронического воспаления желчного пузыря.

Приступы болей в правом подреберье главным образом возникают после физической нагрузки, стрессовых ситуаций, пищевых погрешностей (употребление жирной, высококалорийной пищи и т. д.), после обострения интеркуррентных заболеваний (например, острого тонзиллита, синусита), но в редких случаях - без видимой причины. Характер болевого синдрома во многом определяется типом дисфункциональных расстройств билиарного тракта. Однако боль при хроническом холецистите в отличие от функциональной патологии носит чаще постоянный, реже приступообразный характер, причем приступы болей продолжаются длительное время (от 1 до 3-4 часов), нередко с иррадиацией в правую половину тела. При вялотекущих формах - непостоянная ноющая боль или чувство тяжести в правом боку.

Характерны упорная тошнота, редко рвота, отрыжка, снижение аппетита, расстройства стула. В той или иной степени выражены симптомы хронической интоксикации: головная боль, повышенная утомляемость, расстройства сна, эмоциональная нестабильность, снижение успеваемости в школе. У каждого третьего ребенка с хроническим холециститом наблюдается устойчивая субфебрильная температура.

При объективном осмотре обращают на себя внимание симптомы хронической интоксикации и полигиповитаминоза: бледность кожных покровов, тени под глазами, сухость кожи, фолликулярный гиперкератоз и изменения сердечно-сосудистой системы в виде тахи- или брадикардии, лабильности пульса, функционального шума сердца, нередко снижения артериального давления.

При пальпации живота выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки в области правой верхней четверти живота, болезненность в области правого подреберья, стойкие пузырные симптомы. Практически постоянным признаком является увеличение размеров печени, ее болезненность при пальпации.

У 10 % больных наблюдается преходящая желтуха, иногда кожный зуд как следствие стеноза печеночного протока (синдром Мириззи), обструктивного холангита (синдром Ано-Рессле).

При хроническом холецистите всегда имеются клинические признаки поражения других органов пищеварительного тракта, чаще верхнего отдела (хронический гастродуоденит, панкреатит и др.).

Диагностика

Диагноз хронического холецистита подтверждается рядом лабораторно-инструментальных методов исследования. Учитывая, что течение хронического холецистита носит рецидивирующий характер, в период обострения в общем анализе крови наблюдается умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. В период ремиссии количество лейкоцитов обычно нормальное, нередко - сниженное. При длительном течении холецистита вне обострения типична лейкопения.

Скрининговая гепатограмма указывает на диспротеинемию с увеличением процентного соотношения глобулинов: повышение уровня α,- и (β-глобулинов. При выраженном холестазе на фоне холецистохолангита в сыворотке крови повышается активность экскреторных ферментов - щелочной фосфатазы, 5-нуклеотидазы, лейцинаминопептидазы, р-глюкуронидазы, γ-глютамил-транспептидазы. В период ремиссии эти показатели обычно в пределах возрастной нормы.

Наиболее распространенное исследование билиарной системы - дуоденальное зондирование указывает на дисфункциональные изменения желчевыводящего тракта. При микроскопии желчи устанавливаются воспалительные изменения субстрата и значительные нарушения коллоидного состояния: цилиндрический эпителий желчных ходов, лейкоциты (имеют относительное диагностическое значение), кристаллы желчных кислот в большом количестве, детрит, слизь. Важным признаком воспаления считается снижение рН пузырной желчи до 4,0-5,0 при норме более 7,0. Бактериологический анализ желчи обычно выявляет рост условно-патогенной флоры, чаще всего стафилококка, энтеропатогенной кишечной палочки. Для получения достоверных результатов одновременно рекомендуется провести анализ кала на выявление дисбактериоза кишечника.

Решающая роль для правильной постановки диагноза придается ультразвуковому исследованию билиарной системы. Следуя международным критериям установления воспаления желчного пузыря (1998), при хроническом холецистите определяются следующие признаки:

утолщение и уплотнение стенок желчного пузыря свыше 2 мм;

увеличение размеров желчного пузыря более чем на 5 кв. мм от верхней границы нормы для пациентов данного возраста;

наличие избыточной тени от стенок желчного пузыря;

наличие паравизикальной эхонегативности.

сладж-синдром (неравномерная структура содержимого пузыря, его слоистость).

Применение внутривенной холецистографии также дает возможность выявить форму и функции желчного пузыря, диагностировать аномалии пузыря, наличие конкрементов. Диагностической ценностью для выявления холецистита обладает динамическая гепатобилисцинтиграфия. Отмечают снижение поглотительной, транспортной и выделительной функции гепатоцитов. Однако выполнять эту процедуру можно только детям старше 12 лет.

Магнито-резонансная холангиопанкреатография - относительно новая, неинвазивная холангиографическая методика для выявления как внепеченочных протоковых изменений, так и патологии желчного пузыря, холедохолитиаза, доброкачественных и злокачественных стриктур, аномалий развития протоков, постоперационных изменений.

хронический холецистит пищеварение дети

Лечение

Терапия больных с хроническим холециститом должна быть комплексной и состоит из следующих составляющих: организация режима, лечебное питание, антибактериальная и противовоспалительная терапия, коррекция дисфункций билиарного тракта.

Режим больному назначается в зависимости от его состояния, периода заболевания и с учетом индивидуальных особенностей ребенка. При выраженном болевом синдроме, интоксикации, наличии температурной реакции следует на 3-5 дней рекомендовать полупостельный или постельный режим. Следует помнить, что длительное ограничение двигательной активности ребенка неблагоприятно влияет на течение холецистита, так как способствует задержке желчеотделения.

Лечебное питание

В большинстве случаев за основу питания следует брать нормативы пищевых веществ для здоровых детей. Однако, учитывая характер патологических изменений при патологии желчных путей, питание должно преследовать химическое, механическое и термическое щажение. Принимать пищу рекомендуется до 5-6 раз в сутки, что обеспечивает физиологическое желчеотделение. Надо стремиться к относительно равномерному распределению пищи в течение дня: 1-й завтрак - 20 % от общей калорийности рациона, обед - 30-35 %, полдник - 15 %, ужин - 15-20 %, утренний и вечерний прием кисломолочного продукта - 10 %. Таким образом, в первую половину дня ребенок должен получить 55-60 % от общей калорийности рациона. Ужин должен даваться за 2-3 часа до сна, при этом не следует включать в него мясные блюда. Как и при любой другой гастроэнтерологической патологии, при хроническом холецистите следует тщательно пережевывать пищу, ни в коем случае не переедать.

В период лечения из рациона питания следует исключить продукты и блюда, содержащие экстрактивные вещества и эфирные масла: перец, горчица, хрен, лук, чеснок, щавель, редис, редька, копчености, грибы, соленые продукты, мясные, рыбные, грибные бульоны, острые соусы. Из рациона исключаются тугоплавкие жиры - баранье, свиное, говяжье и гусиное сало, так как в результате нерегулярного поступления желчи в кишечник и снижения активности липазы поджелудочной железы эмульгирование и переваривание жиров ухудшается. Предпочтение следует отдавать жирам со средним размером жирной цепи - растительные масла (подсолнечное, земляного ореха, оливковое и др.), так как для их переработки не требуются значительные количества желчи и ферментов. Не следует также включать в питание кондитерские изделия с кремом, сдобное тесто, шоколад, какао и натуральный кофе, шоколадные конфеты, жирную рыбу, колбасные изделия с жиром.

Так как при хроническом холецистите в большинстве случаев наблюдается гипотонический вариант дисфункции желчного пузыря, то больному показаны продукты, обладающие желчегонным эффектом. Показано употребление достаточного количества фруктов, овощей, черного хлеба, что рефлекторно стимулирует эвакуаторную функцию кишечника и желчного пузыря.

При гипертоническом варианте дисфункции желчного пузыря больной придерживается щадящей диеты, не вызывающей значительного усиления деятельности желчевыделительной системы. Не следует употреблять в пищу продукты, богатые грубой клетчаткой и способствующие метеоризму: ржаной хлеб, горох, бобы. Не следует употреблять очень холодные блюда и напитки (мороженое, коктейли, газированную воду), они способствуют спазму сфинктера Одди, желчного пузыря и других отделов желчевыводящей системы, что может послужить причиной болевого приступа и усилить явления холестаза.

Такое питание назначается детям не менее чем на 1,5-2 года после последнего обострения. Поскольку диета обеспечивает физиологическую потребность ребенка в основных пищевых веществах, столь длительное ее применение не приносит какого-либо ущерба для организма, обеспечивая ему условия для правильного роста и развития.

Родителям следует строить меню так, чтобы блюда в течение для и недели были максимально разнообразными. Немаловажное значение для аппетита ребенка имеет привлекательный вид блюда, сервировка стола: Детям обязательно следует разъяснить необходимость и важность лечебного питания при этом виде заболевания.

Антибактериальная терапия

Показанием к проведению антибактериальной терапии при обострении хронического холецистита является наличие стойкого болевого синдрома, симптомы интоксикации, температурная реакция, лейкоцитоз, увеличение СОЭ и воспалительные изменения желчи. Курс антибактериального лечения составляет 7-10 дней.

Учитывая тот факт, что воспалительный процесс в стенке желчного пузыря вызван бактериями рода Entero-bacteriaceae более чем в 50 % случаев, при назначении антибиотиков предпочтение отдают препаратам широкого спектра действия, хотя оптимально при выборе антибиотика руководствуются чувствительностью флоры, высеянной из желчи (в основном порции В). Обычно назначают антибиотики широкого спектра действия - полусинтетические пенициллины (ампиокс, ампициллицин), цефалоспорины (цефазолин, цефоперазон, цефтриаксон и др.) и аминогликозиды. Преимущественный путь введения антибиотиков - парентеральный. При энтеральном назначении препаратов следует включать в терапию эубиотики для уменьшения подавляющего влияния на кишечную флору.

В случае непереносимости перечисленных антибиотиков возможно использование производных фторхинолона, нитрофуранов, нитромидазолов (интетрикс, макмирор, метронидазол, фуразолидон и др.).

Антибактериальное действие также оказывают никодин (производное амиданикотиновой кислоты и формальдегида, обладающее антибактериальным и желчегонным действием), циквалон. Что касается сульфаниламидов, то в настоящее время они практически не используются в лечении данного заболевания, так как оказывают выраженное нарушение функции печени.

Противопаразитарная терапия необходима при выявлении паразитов, патогенно влияющих на состояние желчевыводящей системы. Однако не следует назначать противопаразитарные средства непосредственно с первых дней лечения, учитывая достаточно высокую фармакологическую нагрузку в эти дни (антибактериальная и противовоспалительная терапия). Противолямблиозные препараты обычно назначают на 10-12-е сутки, отдавая предпочтение метронидазолу (трихопол), макмирору. Лечение проводится по одной из двух схем эрадикации лямблий: 1) два пятидневных курса с интервалом между ними 5 дней («правило трех пятерок»); 2) один десятидневный курс. Эффективность их примерно одинакова, однако первая схема при холецистите предпочтительна.

Большие трудности вызывает эрадикация описторхозной инвазии. Ее следует проводить в период ремиссии заболевания.

Обязательной составной частью терапии больных холециститом должна быть дезинтоксикационная терапия и витаминотерапия. Больному следует назначать больший прием жидкости через рот в виде различных напитков, минеральной воды. По показаниям возможно проведение инфузионного лечения с учетом индивидуальных особенностей организма. В период обострения показаны лечебные дозы витаминов А, С, В, и В6 путем их парентерального введения, в реабилитации - оптимальные курсы витаминов В6 и В12, Е. Следует помнить, что многочисленные комплексы поливитаминов для профилактики гиповитаминоза не используются в лечебной практике, а предназначены для профилактики зависимых состояний в сезонные периоды (осень - зима - весна).

Коррекция дисфункциональных расстройств билиарного тракта.

Так как гипотонические варианты превалируют при холецистите, наибольшее значение имеет применение желчегонных средств, а в период реабилитации - фитотерапия и лечебное использование минеральных вод.

Реабилитация больных с хроническим холециститом

После выписки из стационара за детьми, страдающими хроническим холециститом, устанавливается диспансерное наблюдение. Как отмечалось ранее, лечебное питание ребенок должен соблюдать не менее 1,5-2 лет после последнего обострения, в дальнейшем питание может быть постепенно расширено за счет исключаемых продуктов.

Месячные противорецидивные курсы назначаются 2-3 раза в год и включают в себя препараты, нормализующие дисфункции желчного пузыря в зависимости от типа нарушений моторики и тонуса желчевыводящей системы, по показаниям - противовоспалительная терапия химиопрепаратами 10-14 дней, эрадикация паразитов, санация очагов хронической инфекции (ЛОР-органы, полость рта, кишечник).

Хороший эффект оказывают физиотерапевтические процедуры: электрофорез на область правого подреберья с сульфатом магния, никотиновой кислотой № 10; озокеритовые или парафиновые аппликации № 10; грязелечение. Показаны дуоденальные промывания с антисептическими растворами (нитрофураны, нитромидазолы, настои противовоспалительных трав и др.) 1 раз в неделю, всего № 4.

Минеральные воды назначают месячными курсами 2-3 раза в год за 1-1,5 часа до еды при гиперпродукции соляной кислоты в желудке и за 40-60 минут до еды при сохраненной кислотообразующей функции. Фитотерапия по 10-14 дней в месяц 2-3 раза в год. Показано санаторно-курортное лечение в местных санаториях через 3-6 мес. после обострения, в дальнейшем (на 2-3-м году после последнего обострения) на таких курортах, как Железноводск, Ессентуки, Трускавец, Миргород, Анапа.

Литература

1. Детская гастроэнтерология. Руководство на компакт-диске. Под общей редакцией С.В. Бельмера и А.И. Хавкина. Москва, 2001 г., 692 MB.

2. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Л., Медицина, 1991. - 224 с.

. Функциональные заболевания кишечника и желчевыводящих путей: вопросы классификации и терапии. Международный бюллетень: Гастроэнтерология, 2001, №5.

. Избранные лекции по гастроэнтерологии // Под ред. В. Т. Ивашкина, А. А. Шептулина. - М.: МЕДпрсс, 2001. - 88 с.