



МИР МЕДИЦИНЫ

6 (200) 2016

**Практикующему
фельдшеру**

**Профессиональное
обучение**

Вопрос-ответ

Актуально

**Последипломное
образование**

Лечебное питание

**Комментарий
юриста**

**Медицина
катастроф**

Справочный отдел

Обмен опытом

Новые технологии

Страницы истории

**Прикладная
психология**

С Днем медицинского работника!

И.М. ЗМАЧИНСКАЯ, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», к.м.н.

ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ*)

Диагностика

1. Общий клинический анализ крови при обострении: нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

2. Биохимический анализ крови: появление С-реактивного протеина, увеличение α - и γ -глобулинов, повышение активности ферментов «печеночного спектра»: аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, γ -глутаматдегидрогеназы, а также содержания уровня общего билирубина.

3. Дуоденальное зондирование и исследование желчи. При его проведении выделяют три классические порции желчи – А, В и С. Желчь каждой из них подвергается визуальному, микроскопическому, биохимическому и бактериологическому исследованиям.

Наличие мути с примесью хлопьев, слизи, эпителиальных клеток в первой (А) порции желчи свидетельствует о дуодените, а появление примеси крови – о травматизации слизистой оболочки (в ряде случаев этот симптом связан с другими причинами и пациента необходимо более тщательно обследовать).

Желчь светло-желтого цвета в порции В бывает при нарушении концентрационной функции желчного пузыря, чрезмерно интенсивная окраска желчи и густая ее консистенция указывают на застойный желчный пузырь (удельный вес желчи в норме 1016-1035), а наличие мути, хлопьев, примеси слизи – на воспалительный процесс. На воспалительный процесс указывает также сдвиг рН желчи в кислую сторону (рН желчи у здоровых 6,5-7,6).

Слабоокрашенная желчь в порции С бывает при механических желтухах, хронических гепатитах и циррозах печени, наличие хлопьев и слизи – при холангитах и холангиолитах.

Наиболее информативным является фракционное хроматическое зондирование. Суть его заключается в том, что накануне исследования больной принимает 0,1-0,15 г метиленовой сини в желатиновой капсуле (с момента приема препарата до начала исследования должно пройти 14 часов, последний прием пищи за 2 часа до приема метиленовой сини). При попадании в печень метиленовая синь превращается в бесцветное соединение – лейкобазу, которая в желчном пузыре восстанавливается и окрашивает пузырную желчь в сине-зеленый цвет,

т. е. метит пузырную фракцию желчи. Для забора желчи лучше использовать многоканальный зонд.

Из методов зондирования предпочтение отдают «уругвайскому» методу как более информативному. При этом выделяют следующие этапы (фазы) желчевыделения.

I этап – этап базальной секреции желчи. В ответ на раздражение стенки двенадцатиперстной кишки зондом начинается выделение прозрачной светло-желтой желчи; в норме в течение 20-40 минут. Выделяется 15-45 мл желчи. Этот этап характеризует динамику выделения желчи, которая скопилась в желчных протоках и секреторное давление печени вне периода пищеварения, а также функциональное состояние сфинктера Одди.

После окончания выделения желчи в двенадцатиперстную кишку через дуоденальный зонд медленно, в течение 7 минут вводят какой-либо раздражитель желчного пузыря (50 мл 33% раствора сульфата магния, 10% раствора пептона, 50 мл 40% раствора глюкозы или ксилита, 20 мл оливкового масла, 30 мл подсолнечного масла, 2 яичных желтка) и на 3 минуты завязывают зонд.

II этап – этап латентного периода желчевыделения. В это время желчь не выделяется. Он характеризует холестатическое давление в билиарном тракте, готовность желчного пузыря к опорожнению и его тонус. В норме продолжительность этого этапа от 2 до 6 минут.

Если желчь появилась раньше 2-й минуты, то это указывает на гипотонию сфинктера Одди, если же желчь не появилась спустя 10-15 минут, то это свидетельствует о гипертонусе сфинктера Одди или о механическом препятствии оттоку желчи. Для решения вопроса о характере изменений через зонд вводится 10 мл теплого 1% раствора новокаина. Появление и прерывистое выделение желчи светло-желтого цвета свидетельствует о функциональном спазме сфинктера Одди. Если после введения раствора новокаина желчь не выделяется в течение 15-20 минут, больному следует дать 1/2-1 таблетку нитроглицерина (сублингвально) и при отсутствии эффекта повторно через зонд ввести холекинетическое средство (20 мл растительного масла или 50 мл 40% раствора глюкозы, ксилита). Если раскрытие сфинктера Одди не происходит и в этом случае, а местоположение

*) Окончание, начало в № 5 2016

ПРАКТИКУЮЩЕМУ ФЕЛЬДШЕРУ



зонда правильное, можно думать о стенозировании в области холедоха.

III этап – «*этап сфинктера Люткенса и холедоха*». У практически здоровых людей длится 2-4 минуты и за этот период выделяется 3-5 мл желчи из общего желчного и пузырного протока.

Указанные 3 этапа составляют порцию А при классическом дуоденальном зондировании.

IV этап – «*этап желчного пузыря*» характеризует сократительную (эвакуаторную) функцию желчного пузыря. Опорожнение желчного пузыря вначале идет весьма интенсивно (до 4 мл в 1 минуту), а затем его скорость постепенно уменьшается. Продолжительность этого этапа составляет 20-40 минут. За этот период выделяется 30-60 мл пузырной желчи, окрашенной в сине-зеленый цвет (порция В).

Прерывистое выделение пузырной желчи указывает на диссинергизм сфинктеров Люткенса и Одди, а выведение более 65-85 мл желчи – на гипотонию желчного пузыря.

Если отделение желчи заканчивается в течение 10-15 минут и за это время выделяется не менее 30 мл желчи, то это указывает на гиперкинетическую дискинезию желчного пузыря, а выделение пузырной желчи в течение более 45-60 минут – на гипокинетическую дискинезию пузыря. Если не удается получить пузырную желчь, то говорят о блоке желчного пузыря, либо об отсутствии пузырного рефлекса.

V этап – *этап внешней секреции печени (порция С)* начинается с момента выделения золотистой, т. е. печеночной желчи, и характеризует желчевыделительную (секреторную) функцию печени. В первые 15 минут печеночная желчь выделяется интенсивно (1 мл и более в 1 минуту). Эту порцию собирают в течение часа.

При исследовании желчи обращают внимание на прозрачность, ее цвет, вязкость, удельный вес, рН и др.

Во всех случаях желчь подвергают микроскопическому исследованию, которое следует проводить сразу после забора желчи (не позднее чем через 30 минут), так как лейкоциты и эпителиальные клетки быстро разрушаются желчными кислотами. Определенное диагностическое значение имеют лейкоциты, особенно находящиеся в комочках слизи, если их количество в поле зрения в порциях А и С желчи превышает 5, а в порции В – 10. Однако переоценивать этот признак в диагностике воспалительного процесса не следует. Помогает в диагностике активного воспалительного процесса в желчных протоках нахождение большого количества в порциях В и С эпителиальных клеток и их идентификация.

Обнаружение кристаллов холестерина и билирубината кальция свидетельствует о нарушении коллоидальных свойств желчи и является косвенным, хотя и не очень надежным, признаком холелитиаза. Тем не менее, учитывать результаты этих исследований нужно.

Микроскопическое исследование желчи позволяет исключить или подтвердить паразитарную инвазию. Присутствие лямблий, описторхий может поддерживать различные патологические (в основном воспалительные и дискинетические) процессы в желудочно-кишечном тракте. В желчном пузыре здоровых людей лямблии не обитают, так как желчь вызывает их гибель. Желчь больных холециститом не обладает этими свойствами: лямблии поселяются на слизистой оболочке желчного пузыря и способствуют (в комплексе с микробами) поддержанию воспалительного процесса, дискинезии. Таким образом, лямблии не могут вызвать холецистит, но могут быть причиной развития дуоденита, дискинезий желчных путей, т. е. отягощать холецистит, способствуя его хроническому течению. Если у больного обнаружены в желчи вегетативные формы лямблий, то в зависимости от клинической картины заболевания и результатов дуоденального зондирования как основной диагноз ставят либо хронический холецистит, либо дискинезию желчевыводящих путей, а как сопутствующий – лямблиоз.

4. Рентгенологические методы исследования.

Наиболее доступным и несложным методом исследования является концентрационная (пероральная) холецистография с контрастным веществом, однако при использовании этого метода плохо контрастируются желчные протоки.

При пероральной холецистографии желчный пузырь не заполняется в следующих случаях:

- при отключенном желчном пузыре;
- если была рвота или понос и контрастное вещество не всосалось в кишечнике;
- при нарушении белокобразовательной функции печени (альбуминоглобулиновый коэффициент меньше 1), т. к. контрастное вещество транспортируется с помощью альбуминов;
- при повышении содержания билирубина в крови в 2-3 раза выше нормы (если печень плохо выделяет билирубин, то она также будет плохо выделять и контрастное вещество).

Если желчный пузырь при пероральной холецистографии не контрастировался, то показана внутривенная выделительная холангиохолецистография (холеграфия) (внутривенно вводят контрастное вещество).



ПРАКТИКУЮЩЕМУ ФЕЛЬДШЕРУ

Внутривенная холангиохолецистография позволяет получить четкое изображение как желчного пузыря, так и желчных протоков у 80-90% больных. Этот метод исследования в основном применяется в клинических условиях. Если желчные протоки контрастируются, а пузырь нет, то можно с уверенностью говорить об отключении желчного пузыря.

Более информативным, но вместе с тем довольно сложным в техническом отношении исследованием является эндоскопическая ретроградная холангиография. При этом рентгеноконтрастное вещество через фибродуоденоскоп вводится непосредственно в общий желчный проток. Кроме того, при фибродуоденоскопии представляется возможным осмотреть зону сфинктера Одди и оценить его состояние.

5. УЗ-диагностика. Авторы многих современных руководств считают ее решающей в выявлении характера патологии желчного пузыря. УЗИ гепатобилиарной зоны обнаружит диффузное утолщение стенок желчного пузыря более 3 мм, деформацию, уплотнение и/или слоистость стенок этого органа, уменьшение объема полости желчного пузыря (сморщенный пузырь), «негомогенную» полость. При наличии дискинезии признаков воспаления нет, но пузырь сильно растянут, скорость опорожнения желчного пузыря замедлена или ускорена.

6. Лапароскопическая холецистохолангиография. Состоит из трех основных этапов: лапароскопии, пункции желчного пузыря под лапароскопическим контролем и рентгенографии контрастированных желчных путей. Применяется для уточнения состояния желчного пузыря, внутрипеченочных протоков, печени.

Обычно сначала используют более простые и общедоступные методы исследования, а затем при необходимости и более сложные. Чтобы правильно выбрать метод исследования необходимо знать его диагностические возможности, показания и противопоказания для применения и, разумеется, иметь этот метод на вооружении в лечебном учреждении.

Принципы лечения

1. Приверженность здоровому образу жизни (категорический отказ от алкоголя и табакокурения).

2. Диетотерапия (стол № 5 по Певзнеру), основными принципами которой являются:

- частый – 5-6 раз в сутки прием пищи небольшими порциями;
- употребление только свежеприготовленной пищи в теплом виде;

- употребление вареной, запеченной, приготовленной на пару пищи;
- разнообразный, полноценный рацион;
- резкое ограничение жареных блюд, солений, маринадов, копченостей, а также шавеля, шпината и лука.

Диета является главным и наиболее эффективным методом лечения хронического холецистита. Она способствует предупреждению застоя желчи в желчном пузыре, уменьшению воспалительных явлений.

3. Этиотропное лечение назначается, как правило, в фазы обострения процесса. Антибактериальная терапия проводится в случаях, когда имеются клинические и лабораторные данные, подтверждающие активность воспалительного процесса в желчном пузыре. Из антибиотиков рекомендуется назначать препараты широкого спектра действия, которые поступают в желчь в достаточно высокой концентрации (макролиды последнего поколения), в обычных терапевтических дозах курсами 7-10 дней. При лямблиозе желчных путей эффективны метронидазол (синонимы: метрогил, трихопол, клион), суточная доза для взрослых 1200 мг: тинидазол, суточная доза 2 г, в течение 2-3 дней.

4. Нарушения оттока желчи у больных хроническим холециститом корректируются желчегонными препаратами. Различают желчегонные средства холеретического действия, которые стимулируют образование и выделение желчи печенью, и холекинетического действия, усиливающие мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в двенадцатиперстную кишку.

Холеретическим действием обладают:

- оксафенамид, циквалон, никодин – синтетические средства;
- хофитол, аллохол, холензим, лиобил, фламин, холагон, гепатофальк планта, капли желчегонные, отвар цветков бессметника и кукурузных рылец – средства на основе и из природного сырья.

Холеретические препараты могут применяться при холецистите в фазах затихающего обострения или ремиссии, назначаются обычно на 3 недели, затем препарат целесообразно сменить.

Холекинетики: холецистокинин, магния сульфат, питуитрин, холеритин, препараты барбариса, сорбитол, маннитол, ксилит и др. Показаны больным некалькулезным холециститом с гипомоторной дискинезией желчного пузыря.

Желчегонные средства не следует назначать больным калькулезным холециститом.

ПРАКТИКУЮЩЕМУ ФЕЛЬДШЕРУ



5. Эффективны у больных некалькулезным холециститом лечебные дуоденальные зондирования, 5-6 раз через день, особенно при гипомоторной дискинезии. В фазе ремиссии таким больным следует рекомендовать «слепые дуоденальные зондирования» 1 раз в неделю или в две недели. Для их проведения лучше использовать ксилит и сорбит. Больным калькулезным холециститом дуоденальные зондирования противопоказаны из-за опасности развития механической желтухи.

Больным некалькулезным холециститом с нарушениями физико-химических свойств желчи (дискринией) показано назначение в течение длительного периода времени (3-6 месяцев) пшеничных отрубей, энтеросорбентов (энтерогель по 15 г 3 раза в день).

6. При отсутствии признаков воспаления назначают физиопроцедуры (индуктотермия, электрофорез с новокаином и другие);

7. В фазе ремиссии показана и хороший эффект дает терапия минеральными водами.

8. При отсутствии холангита – санаторно-курортное лечение, которое является важным звеном поэтапного лечения больных с заболеваниями органов пищеварения.

Профилактика. Первичной профилактикой холецистита является соблюдение здорового образа жизни:

- ежедневная утренняя гимнастика и достаточная двигательная активность в течение дня

(ходьба, легкие виды спорта, плавание, лыжи; для пожилых – посещение групп оздоровления) помогут создать условия, при которых желчь не будет застаиваться в желчном пузыре;

- профилактика синдрома психоэмоционального перенапряжения, приводящего к ослаблению регулирующего влияния ЦНС на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, сфинктерный аппарат и изменению коллоидных свойств желчи вследствие нарушения энтерогепатической циркуляции желчных кислот;
- соблюдать режим питания – принимать пищу в одно и то же время;
- исключить обильный прием пищи на ночь, особенно жирной и в сочетании с алкогольными напитками;
- употреблять не менее 1,5-2 л в течение дня;
- регулярно опорожнять кишечник с целью предупреждения дискинезии желчевыводящих путей (висцеральные рефлекс) и выведения холестерина.

Вторичная профилактика. Для профилактики обострений больным хроническим холециститом необходимо строго следовать диете и принципам дробного питания, избегать гиподинамии, стрессов и переохлаждения, тяжелой физической нагрузки. Больные хроническим холециститом состоят на диспансерном учете и дважды в год должны проходить обследование. Им показано регулярное санаторно-курортное лечение.



ОТ БЕЛОРУССКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

Контейнеры для транспортировки: пробирок; образцов мокроты или другого биологического материала; предметных стекол; флаконов

Контейнеры для забора крови

Конструкция всех контейнеров исключает самопроизвольное или преднамеренное открытие крышки при переноске
Контейнеры легко разбираются

Контейнеры для химической дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения

Контейнеры имеют единую конструкцию:

ванна с решетом и гнетом, крышка

Отличаются габаритными размерами, в зависимости от которых используются для обработки различных ИМН

Емкость: 0,1 л; 0,5 л; 1 л; 3 л; 5 л; 6 л; 10 л

Все контейнеры изготовлены из высококачественного полистирола белого цвета, имеют современный дизайн, удобны в работе

Рег. удостоверение МЗ РБ № ИМ-7.5055/1404 действительно до 15.04.2019 г.

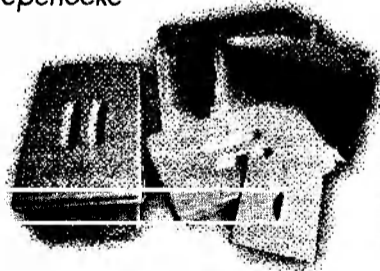
Сертификат продукции собственного производства № 81 от 20.01.2015 г.

ПО ВОПРОСАМ ПРИОБРЕТЕНИЯ ОБРАЩАЙТЕСЬ:

ООО «НТМ-2000»: 220089, г. Минск, ул. Гурского, 31, офис 16

тел./факс: (017) 3727011, 2050554, e-mail: ntm-2000@lut.by, сайт: www.ntm.by,

а также в региональные предприятия «БЕЛМЕДТЕХНИКА»



УИП 1901/90707