

(Продолжение.  
Начало в № 62 от 21.08.2013.)

# Хронический некалькулёзный холецистит

**Медикаментозное лечение** определяется фазой заболевания, выраженностью клинических проявлений – в первую очередь болевого и диспепсического синдромов.

При выраженном обострении целесообразно рекомендовать кратковременное голодание с достаточным употреблением жидкости.

Проводят комплексную терапию антибактериальными, противовоспалительными, нормализующими моторику желчевыводящих путей препаратами. Выбор антибактериального препарата желателен проводить с учётом типа возбудителя, обнаруженного в желчи.

Идеальные антибактериальные препараты для устранения бактериальной флоры при обострении хронического холецистита должны:

- накапливаться в желчном пузыре и выводиться с желчью в двенадцатиперстную кишку после приёма внутрь;
- обеспечить микробную деконтаминацию желчи и содержимого ДПК;
- не разрушаться печенью и не оказывать гепатотоксического действия;
- обладать широким спектром антибактериальной активности и не разрушаться пенициллиназой.

При обострении хронического бескаменного холецистита с лёгким течением можно рекомендовать спазмолитики. Следует иметь в виду, что антибактериальные препараты при хроническом холецистите показаны только в случае, если имеются клинические и лабораторные данные, подтверждающие активность воспалительного процесса в желчном пузыре (лихорадка, лейкоцитоз и др.).

Из антибактериальных препаратов широко используют несколько групп антибактериальных препаратов:

- пенициллинового ряда, которые не инактивируются в печени и не обладают гепатотоксическим действием (амоксциллин и др.);
- производные 8-оксихинолина (нитроксилин);
- производные нитрофурана (фуразолидон);
- группа фторхинолонов (офлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин);
- группа тетрациклинов (доксациклин);
- макролиды (эритромицин, кларитромицин и др.);
- сульфаниламиды (бактрим, бисептол).

К полусинтетическим пенициллинам относятся амоксициллин, ампициллин, оксациллин, ампиокс и др. Особенностью их является то, что они проникают в желчные пути в высоких концентрациях.

Ампициллин назначается внутрь по 0,5 г 3-4 раза в день или внутримышечно по 0,5 г каждые 4-6 часов. Оксациллин применяется внутрь по 0,25-0,5 г 4 раза в день после еды или внутримышечно по 0,5 г 4-6 раз в сутки. Ампиокс (сочетание ампициллина и оксациллина) назначается по 0,5 г 4 раза внутрь или внутримышечно.

При остром бескаменном холецистите или при обострении хронического бактериального холецистита средней степени тяжести с активным воспалительным процессом (лихорадка, характерные для воспаления показатели крови) назначаются антибактериальные препараты широкого спектра действия, которые способны поступать в желчь в достаточно высокой концентрации.

К ним можно отнести: макролиды (эритромицин) или препарат последнего поколения кларитромицин; пролонгированные тетрациклины – доксициклин; из группы фторхинолонов; из группы цефалоспоринов — цефазолин и др.

Доксициклин назначается внутрь или внутривенно капельно. В 1-й день назначают 200 мг в сутки, в последующие дни 100-200 мг в сутки в зависимости от тяжести заболевания. Продолжительность лечения – до 2 недель.

Юнидокс солютаб принимается в 1-й день по 100 мг 2 раза, в последующем по 100 мг однократно во время еды в течение 1 недели.

Эритромицин назначается внутрь. Первая доза – 400-600 мг, затем 200-400 мг каждые 6 часов. Продолжительность лечения – 7-14 дней. Препарат принимают за 1 час до еды или через 2-3 часа после еды.

Кларитромицин назначается внутрь по 250-500 мг 2 раза в сутки.

Препараты из группы хинолонов хорошо проникают в желчь; к ним относятся: циклофлоксацин внутрь по 500-750 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней; абактал – внутрь по 1 таблетке (0,4 г) 2 раза в день во время еды или внутривенно капельно по 5 мл в 250 мл 5%-ного раствора глюкозы.

Антибиотики группы цефалоспоринов обладают широким спектром действия. Применяются цефалоспорины первого поколения (цефалоридин), второго (цефалексин, кефзол) и третьего (клафоран). Кефзол вводится внутримышечно или внутривенно по 0,5-1 г каждые 8 часов; клафоран – внутримышечно или внутривенно по 2 г 2 раза в сутки; цефуоксим аксетил – внутримышечно или внутривенно по 250-500 мг 2 раза в сутки после еды. Курс лечения – до 10-14 дней.

Может применяться септрим (бактрим, бисептол, сульфатен) по 480-960 мг 2 раза в сутки. Курс лечения – 10 дней.

Больные с тяжёлым течением заболевания подлежат наблюдению хирурга. Они нуждаются в дезинтоксикационной инфузионной терапии (гемодез внутривенно капельно по 250-400 мл в сутки или изотонический раствор хлорида натрия 0,9%-ный – 500 мл в сутки).

Антибактериальная терапия проводится с назначением тех же антибиотиков широкого действия, но препараты вводятся внутримышечно или внутривенно.

При лямблиозном поражении хороший эффект оказывают макмирор по 400 мг 2 раза в день, фуразолидон по 100 мг 4 раза в день в течение 7 дней или трихопол по 0,25 г 3 раза в день в течение 5 дней. Фуразолидон назначают по 0,15 г 3-4 раза в день после еды. Терапию рекомендуется проводить циклами по 3-6-7 с интервалами в 3-4 дня, сочетая с одновременным назначением витаминов антиоксидантного действия и поливитаминных препаратов.

Антибактериальные препараты целесообразно сочетать с желчегонными, такими как циквалон по 0,1 г 3-4 раза в день перед едой или никотин по 0,5 г 3-4 раза в день перед едой (В.Скворцов, А.Тумаренко, 2009).

**Симптоматическая лекарственная терапия.** Первоочередной задачей медикаментозного лечения является также устранение болевого синдрома, которое проводится одновременно с назначением антибактериальной терапии.

С этой целью при болях в правом подреберье применяются миотропные спазмолитики, периферические М-холинолитики, способные эффек-

тивно устранять спастические боли, дискинезию желчных путей и улучшать желчеотток.

Применяют 2%-ный раствор папаверина гидрохлорида 2,0 мл или по 1 таблетке 2-4 раза в день; дротаверин 2 мл 2%-ного раствора внутримышечно, внутривенно или внутрь по 40 мг 2-4 раза в день.

В последние годы арсенал миотропных спазмолитиков пополнился новыми эффективными препаратами с разным механизмом воздействия. У больных хроническим холециститом, сопровождающимся гипертонусом сфинктера Одди и абдоминальными болями, применяются селективные миотропные спазмолитики: мебеверин по 200 мг 2 раза в день на протяжении 10-14 дней. В комплексной терапии препарат оказался эффективным в купировании абдоминальной боли, диспепсического синдрома: тошноты, горечи, сухости во рту, изжоги, метеоризма, а также при нарушениях стула. При этом отмечается высокая эффективность дюспаталина независимо от вида билиарной дисфункции, что позволяет его считать препаратом выбора на любом этапе современной терапии хронического холецистита (О.Шайхутдинова и соавт., 2009).

Широко применяется препарат селективного спазмолитического воздействия на сфинктер Одди – гимекромон. Назначается по 200-400 мг 3 раза в сутки до еды. При гиперкинетической дискинезии пузыря эффективно применение бускопана (М-холинолитик). Применяется перорально по 20 мг 3 раза в день.

Применяется метеоспазмил (содержит спазмолитик альверин-цитрат и симетикон), который обладает спазмолитическим эффектом и уменьшает метеоризм кишечника. Применяется по 1-2 капсулы внутрь 2-3 раза в день.

Спазмолитики лучше комбинировать с М-холинолитиками. Применяются внутримышечно следующие препараты: 1 мл 0,1%-ного раствора атропина сульфата, 1 мл 0,1%-ного раствора метацина, 2 мл 0,2%-ного раствора платифиллина гидротартрата 2 раза в день; рег ос бускопан (гиоцинабутил бромид) по 10 мг 2 раза в день.

При наличии противопоказаний и плохой переносимости М-холинолитиков можно рекомендовать селективный М-холинолитик – гастроцепин, который назначается внутрь или внутримышечно по 50 мг 2 раза в день (А.Окорков, 2007). В начале приступа желчной колики боль может купироваться приёмом 0,005 г нитроглицерина под язык (В.Скворцов, А.Тумаренко, 2009).

При сильных болях можно использовать ненаркотические анальгетики: анальгин 2 мл 50%-ного раствора внутримышечно или внутривенно в сочетании с папаверином, дротаверином и димедролом; баралгин внутримышечно. При некупирующихся болях применяют наркотические анальгетики: 2 мл 2%-ного раствора промедола внутримышечно.

Если у больного хроническим холециститом возникает гипотоническая дискинезия желчного пузыря, назначение миотропных спазмолитиков и периферических М-холинолитиков противопоказано. В этих случаях для восстановления нормальной секреции и выведения желчи применяются холекинетики, которые повышают тонус желчного пузыря, способствуют его

опорожнению и тем самым уменьшают или устраняют болевые ощущения в правом подреберье. Используется растительное масло (подсолнечное или оливковое) по 1-2 столовые ложки 3 раза в день перед едой. Ксилит, сорбит применяют по 15-20 г на 0,5 стакана воды 2-3 раза в день; 20-25%-ный раствор магния сульфата – по 1 столовой ложке 2-3 раза в день перед едой.

Холекинетики (холецистокинин, сульфат магния, сорбит, ксилит) не следует назначать больным калькулёзным холециститом. Лучше всего их применять при хроническом холецистите с гипомоторной дискинезией желчного пузыря.

Больные хроническим холециститом нуждаются в назначении энтеропанкреатических ферментов, содержащих желчные кислоты – фестал, дигестал, панзинорм по 1-2 драже до еды в течение 10-14 дней.

Широко применяются желчегонные травы и препараты, содержащие желчь. Довольно эффективны бессмертник, кукурузные рыльца, фламин, холагол и др. Хафитол назначают по 2-3 таблетки 3 раза в день перед едой. Самым распространённым средством является аллохол, который назначается по 2 таблетки 3-4 раза в день после еды. Холензим применяется по 0,3 г, по 2 таблетки 3 раза в день после еды, дигестал (фестал, креон, панзинорм или другой полиферментный препарат) принимается в течение 3 недель перед едой по 1-2 дозы.

Холеретические препараты могут применяться в фазу затихающего обострения. Продолжительность курса лечения не менее 3-4 недель.

Регулирующим влиянием на тонус гладкой мускулатуры желчевыводящих путей и противорвотным действием обладают прокинетики цизаприд 10 мг 3 раза в день или домперидон (мотилиум) по 10 мг 3-4 раза в сутки. Метоклопрамид назначается по 10 мг внутрь или внутримышечно 3 раза в день. Продолжительность лечения не менее 14 дней. Эти препараты оказывают регулирующее влияние на функции пищеварительной системы, усиливают её тонус и перистальтику, купируют спазмы, ускоряют эвакуацию пищи из желудка.

Маалокс (фосфалюгель, ремегель, протаб или другой антацидный препарат) принимают по одной дозе спустя 1,5-2 часа после еды.

При некалькулёзном холецистите эффективно дуоденальное зондирование до 5-6 раз через день. В фазу ремиссии таким больным следует рекомендовать слепое дуоденальное зондирование 1 раз в неделю с сорбитом или ксилитом.

Хирургическое лечение бескаменного хронического холецистита показано при часто рецидивирующем течении с развитием перихолецистита, выраженных нарушениях его сократительной функции, при «отключённом» желчном пузыре, развитии осложнений (водянка, эмпиема).

Оперативному лечению подлежат хронический калькулёзный холецистит при размере камней более 2 см, наличии обызвествлений в стенке желчного пузыря.

Результатом лечения должно явиться устранение симптомов заболевания, восстановление функции желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки, установление стойкой ремиссии.

Валерий МАКСИМОВ,  
профессор.