

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТИТАХ

Хронический холецистит – воспаление желчного пузыря, имеющее хроническое течение и рецидивирующий характер. Зачастую сочетается с нарушением выведения желчи. Холециститу часто сопутствуют панкреатит, гастродуоденит, энтероколит. Хронический застой желчи способствуют образованию камней в желчном пузыре и развитию калькулезного холецистита. Патология встречается примерно у 0,6% населения, преимущественно у лиц женского пола в возрасте 40-60 лет. Хроническим холециститом чаще страдает население экономически развитых стран, что объясняется особенностями питания и образа жизни.

Развитию хронического холецистита способствуют следующие факторы:

- врожденное нарушение строения желчного пузыря, снижение его тонуса гиподинамия, опущение тех или иных органов брюшной полости, беременность (факторы, способствующие механически обусловленному застою желчи);
- нарушение диеты (переедание, ожирение, регулярное употребление острой, жирной пищи, алкоголизм);
- дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу;
- кишечные паразиты (лямблии, амебы, аскариды, описторхи);
- желчекаменная болезнь.

Патогенез заболевания связан с нарушением моторной функции желчного пузыря. Нормальная циркуляция желчи нарушается, происходит ее застой и она становится более густой консистенции. Позднее присоединяется инфекция. Возникает воспалительный процесс. При хроническом холецистите воспаление развивается медленнее, протекает вяло. Может постепенно переходить со стенок желчного пузыря на желчевыводящие пути. При длительном течении могут формироваться спайки, деформации пузыря, сращения с находящимися рядом органами (кишечником), формирование свищей.

Классификация

В клинической гастроэнтерологии хронический холецистит классифицируется по нескольким принципам. По наличию в желчном пузыре камней он подразделяется на калькулёзный и бескаменный. По течению выделяют: латентный (субклинический), часто рецидивирующий (более 2-х приступов в году) и редко рецидивирующий (не более 1 приступа в год и реже).

По тяжести течения хронический холецистит может протекать в легкой, средней тяжести и тяжелой форме, с осложнениями и без. В зависимости от функционального состояния различают следующие формы дискинезии желчных путей:

- по гипермоторному типу;
- по гипомоторному типу;
- по смешанному типу;
- отключенный желчный пузырь.

Существует две фазы течения заболевания, а именно стадия обострения и стадия ремиссии. В первом случае холецистит разделяют по количеству обострений:

- легкая форма — от 1 до 2 раз в год;
- средняя — от 3 до 4 раз в год;
- тяжелая — добиться стадии ремиссии достаточно сложно.

При хроническом холецистите симптоматика не так сильно выражена, как при остром, но качество жизни при этом существенно снижается. К основным специфическим симптомам относятся:

- *Болевой синдром.* Тупая приступообразная боль в правом подреберье, имеющая разную интенсивность, с иррадиацией в правую часть шеи, ключицу и руку, позвоночник, поясничный отдел. Боль усиливается после употребления алкогольных напитков, острых, копченых, жирных блюд.
- *Диспептический синдром:* метеоризм, частый жидкий стул, в утренние часы ощущение горечи в ротовой полости, тошнота, часто сопровождающаяся рвотой желчью.
- *Синдром интоксикации:* слабость, гипертермия, проблемы со сном.
- *Изменение цвета* слизистых оболочек и кожи. Они становятся желтыми, появляется зуд.

Кроме специфических, в ряде случаев наблюдаются и неспецифические симптомы, которые возникают в результате раздражения блуждающего нерва, расположенного в непосредственной близости от желчного пузыря:

- аритмии;
- болевые ощущения в области сердца;
- затрудненное дыхание.

Если пациент обращается за помощью слишком поздно или течение патологии стремительное, есть высокий риск воспаления целого ряда серьезных осложнений:

- острый холангит или воспаление желчных протоков. Проявляется высокой температурой до 40°C и выше, интенсивной болью в области правого подреберья, ярко выраженным синдромом интоксикации.
- перфорация стенки органа, в результате чего содержимое пузыря перемещается в брюшную полость, что приводит к перитониту.
- Флегмона и абсцесс. Гнойное расплавление желчного пузыря, которое может быть как распространённым, так и ограниченным. Для этого состояния характерны сильные болевые ощущения, интоксикация, высокая температура.
- Гнойное воспаление, когда экссудат находится в просвете пузыря.
- Реактивный гепатит или воспаление в печени наблюдается значительно реже, чем перечисленные виды осложнений.

Симптомы хронического холецистита

Хронический холецистит развивается в течение продолжительного времени, периоды ремиссии чередуются с обострениями.

Диагностика

При диагностике выявляют факторы, способствующие возникновению хронического холецистита – застой желчи и нарушение моторики пузыря, врожденные и приобретенные дефекты органов, ведущие к затруднению циркуляции желчи, гиподинамичный образ жизни, характерные пищевые привычки (пристрастие к острой, пряной пище, жирному, алкоголю). При опросе и пальпации брюшной стенки выявляют особенности и локализацию болевого симптома. Определяют характерные для воспаления желчного пузыря симптомы: Мерфи, Мюсси, Шоффара.

Лабораторные и инструментальные данные

При лабораторном исследовании крови в период обострения отмечаются признаки неспецифического воспаления (повышение СОЭ, лейкоцитоз). Биохимический анализ крови выявляет повышение активности печеночных ферментов (АлТ, АсТ, Г-ГТП, щелочная фосфатаза).

УЗИ желчного пузыря. В ходе сонографии определяют размер, толщину стенки, возможные деформации и наличие камней в желчном пузыре. Также отмечаются спайки, воспаленные желчные пути, расширенные желчные протоки печени, нарушение моторики пузыря.

Дуоденальное зондирование. Отмечается нарушение моторики желчного пузыря, берут анализ желчи. При посеве желчи возможно обнаружение бактериального заражения, определение возбудителя инфекции, также можно провести тестирование культуры на чувствительность к антибиотикам для оптимального выбора терапевтического средства. Для хронического бескаменного холецистита характерно снижение количества желчных кислот в полученной из пузыря желчи и повышена концентрация литохолиевой кислоты. Также при обострении в желчи нарастает количество белка, билирубина (более чем в 2 раза), свободных аминокислот. Зачастую в желчи обнаруживают кристаллы холестерина.

Рентгенологические методы. Для определения моторики и формы желчного пузыря может применяться холецистография, холеграфия. Артериография выявляет утолщение стенки желчного пузыря и разрастание сосудистой сети в области ДПК и прилегающих отделах печени.

Основными задачами при лечении хронического холецистита являются:

- Ликвидировать болевой синдром
- купировать воспалительный процесс;
- нормализовать пищеварительный процесс: голод в первые сутки, после чего назначается строгая диета с исключением тяжелой жирной, жареной и другой пищи, дробное питание.

Медикаментозная терапия

Лечение некалькулезного хронического холецистита практически всегда осуществляется гастроэнтерологом консервативно. Лечение в период обострения направлено на снятие острых симптомов, санацию очага бактериальной инфекции с помощью антибиотикотерапии (применяются препараты широкого спектра действия, как правило, группы цефалоспоринов), дезинтоксикацию организма (инфузионное введение растворов глюкозы, хлорида натрия), восстановление пищеварительной функции (ферментные препараты).

Для обезболивания и снятия воспаления применяют препараты группы нестероидных противовоспалительных средств, снятие спазма гладкой мускулатуры пузыря и протоков осуществляют спазмолитиками. Для ликвидации застоя желчи применяют препараты, способствующие усилению перистальтики желчных путей (оливковое масло, облепиха, магнезия) Холеретики (препараты, повышающие секрецию желчи) применяют с осторожностью, чтобы не вызвать усиление болезненности и усугубления застойных явлений.

Для лечения в период обострения хронического неосложнённого холецистита применяют методы фитотерапии: отвары трав (перечная мята, валериана, одуванчик, ромашка), цветков календулы.

Диета. Всем больным хроническим холециститом предписана специальная диета и необходимо строгое соблюдение определенного режима питания. При хроническом холецистите больным назначается диета №5 в стадии ремиссии и диета №5А при обострении заболевания.

Приемы пищи производят каждые 3-4 часа небольшими порциями (дробное питание) придерживаются ограничений в употреблении определенных продуктов: жирные, жареные, острые, пряные блюда, газированные напитки, продукты с содержанием алкоголя.

Также запрещены к употреблению яичные желтки, сырые овощи и фрукты, изделия из сдобного теста, масляные и сливочные кремы, орехи, мороженое. При обострении рекомендованы свежеприготовленные на пару или вареные продукты в теплом виде. Овощи и фрукты, разрешенные больным в период вне обострения: курага, морковь, арбуз и дыня, изюм, чернослив. Эти продукты нормализуют моторику желчного пузыря и избавляют от запоров.

Нарушение пациентами принципов лечебного питания ведет к развитию обострения заболевания и прогрессированию деструктивных процессов в стенке желчного пузыря.

Профилактика

Первичной профилактикой холецистита является соблюдение здорового образа жизни, ограничение в приеме алкоголя, отсутствие вредных пищевых привычек (переедание, пристрастие к острой и жирной пище), физически активная жизнь. При наличии врожденных аномалий внутренних органов – своевременное выявление и коррекция застойных явлений в желчном пузыре. Избегание стрессов и своевременное лечение желчекаменной болезни и паразитарных заражений кишечника и печени.

Для профилактики обострений больным 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.

Физиотерапия.

Показано применение преформированных физических методов лечения.

УВЧ-терапия – в период обострения назначается в атермической дозировке – 20 Вт, 10 мин, №5-6, ежедневно поперечно в проекции желчного пузыря с суммарным воздушным зазором 6 см (3+3). Такая процедура обеспечит выраженный анальгезирующий, спазмолитический, бактериостатический, дегидратационный и детоксикационный эффекты. При выраженном болевом синдроме при некалькулезном холецистите после УВЧ в тот же день целесообразно назначение **СМТ-фореза** спазмолитиков (но-шпа, платифиллин, папаверин, сульфат магния) или местных анестетиков (новокаин, лидокаин). Процедура назначается поперечно в проекции желчного пузыря: режим выпрямленный. ПН+ПЧ по 5 мин., длительность импульса – 1-1.5 с, частота 100 Гц, глубина модуляций 25%, сила тока - до легкой вибрации. Альтернативой этой процедуре может быть **ДДТ-форез** тех же препаратов: ДН+КП+ДВ+ДП+ДВ по 3 мин., сила тока - до легкой вибрации, №5-6.

По истечении этого периода для получения стойкого противовоспалительного, спазмолитического, анальгезирующего и трофического эффектов необходимо назначить **индуктотермию или СВЧ (ДМВ/СМВ) в слаботепловых дозировках**. Очень эффективно сочетать эти процедуры с электрофорезом магния (+) и никотиновой кислоты (-) или экстрактов грязи (пелодэкс, гумизоль и др.) с **интервалом между процедурами не более 10-15мин, что позволит потенцировать лечебные эффекты каждой из процедур.**

Индуктотермию целесообразно назначать при гипертоническом и нормотоническом состоянии желчных путей и воздержаться при их гипотонии. Процедуру проводят от аппарата ИКВ-4 электродом-диском, через сухую гидрофильную прокладку толщиной 1-2 см, 3-4 ступень мощности, 15-20 мин. На курс – от 5-8 до 10-12 процедур.

СВЧ в дециметровом (ДМВ) или сантиметровом диапазоне (СМВ) назначают в слаботепловой дозировке. При использовании портативных аппаратов (Ранет, Ромашка, Солнышко; ЛУЧ 3, 4) – контактно на кожу в проекции желчного пузыря 10-12 Вт, 10 мин, №10. При применении стационарных аппаратов (Волна, ЛУЧ-11,58) – дистанционно с воздушным зазором 5-7 см в проекции желчного пузыря 20-30 Вт, 10 мин, №10.

Электрофорез вышеуказанных препаратов назначают поперечно в проекции желчного пузыря с силой тока – до 10-12 мА ($0,05/0,06 \times 200 \text{ кв.см} = 10/12 \text{ мА}$), 20 мин, №10.

Ультразвук низкой интенсивности ($0,2 \text{ Вт/см}^2$) обладает выраженным холекинетическим действием, поэтому его назначают при гипотонической форме дискинезии в импульсном режиме со скважностью 5. **Ультразвук высокой интенсивности** ($0,8 \text{ Вт/см}^2$) в непрерывном режиме назначают при гипертонических формах дискинезии. В этом случае перед озвучиванием целесообразно назначить тепловые процедуры (парафин-озокерит или инфракрасное излучение).

Лечение преформированными лечебными факторами в условиях амбулаторного или санаторно-курортного этапов лечения весьма успешно дополняется применением минеральных вод как для внутреннего так и для наружного применения. Для питья рекомендуются сульфатно-гидрокарбонатно-хлоридно-магниевые-кальциевые воды (Нарзан, Славяновская, Миргородская, Трускавецкая). Для наружного применения в виде ванн – радоновые (40 нКи/л), хлоридные натриевые (5-10 г/л).

Противопоказаниями к назначению физиотерапии при холециститах являются: тяжелые формы холецистита с частыми обострениями и наличием осложнений (флегмонозный, гнойный холецистит, водянка желчного пузыря, активный перихолецистит).

Такое поэтапное применения физиотерапии в комплексном лечении хронических холециститов позволит в значительной степени повысить эффективность лечения.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ