

© Дудченко М.А.
УДК 616.36/366-002-08

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С РЕАКТИВНЫМ ГЕПАТИТОМ И МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ*

Дудченко М.А.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Дослідженням 42 хворих на калькульозний холецистит встановлено, що у осіб (73,8%), які лікувалися, розвиток неспецифічного реактивного гепатиту є закономірним патологічним процесом. Своєчасне хірургічне і консервативне лікування хворих на калькульозний холецистит в поєднанні з реактивним гепатитом, завдяки регенеративним здібностям гепатоцитів, сприяє можливості виздоровлення від цих захворювань.

Ключові слова: холецистит, гепатит, лікування.

Печень и желчный пузырь являются единой системой желчеобразования и выделения желчи с организма [4]. Если печень в физиологическом отношении представляет собой «биохимическую лабораторию», где происходят метаболические и обезвреживающие процессы, конечным продуктом которых является желчь, обеспечивающая нормальную жизнедеятельность организма, то желчный пузырь, являясь резервуарным органом, своей ритмической деятельностью обеспечивает кишечник желчью, участвующую в пищеварении [1, 2]. Они взаимосвязанные и взаимозависимые своей генетической особенностью и саморегулирующей.

Холестаз и камни в желчной системе приводят к асептическому или инфекционному воспалительному процессу в желчном пузыре [3]. Продукты воспаления, токсины, инфекция при нарушении оттока желчи в двенадцатиперстную кишку легко проникают по желчным протокам в печеночные ходы долек, повреждая гепатоциты. Дегенерирующие клетки становятся аутоантигенами с последующим развитием аутоиммунного воспаления, образуя неспецифический реактивный гепатит [3, 6].

Поскольку реактивный гепатит у больных калькулезным холециститом протекает скрытно, а проявления как острого так и хронического калькулезного холецистита в стадии обострения бывают выраженными, то внимание больного и врача, обычно в связи с болевым синдромом, сосредотачиваются на патологии желчного пузыря, лечение которого завершаются общепризнанным хирургическим методом – холецистэктомией [5]. Латентно текущий реактивный гепатит прогрессирует и только тогда, когда уже присоединяются цирролитические изменения с клиническими проявлениями больной вынужден обращаться к врачу. В этот период лечение такого больного весьма затруднительное.

Вопросу калькулезного холецистита и реактивного гепатита придается весьма малое значение, в то же время среди населения желчекаменная болезнь, а с ней холециститы и реактивные гепатиты, переходящие в цирроз печени, прогрессируют. Растет потеря трудоспособности, инвалидность и смертность.

Цель работы – изучить особенности клинического течения калькулезного холецистита с реактивным гепатитом и обосновать методы их лечения.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на 42 больных в возрасте от 28 до 60 лет с длительностью заболевания до 7 лет. Мужчин было 16, женщин – 26. Почти все больные доставлены в клинику хирургии №1 УМСА машиной скорой помощи с диагнозом «острый живот». Больным в полном объеме проведено клиническое, лабораторное, биохимическое и инструментальное обследование. Установлено острый калькулезный холецистит у 21 чел., хронический калькулезный холецистит в стадии обострения у 14 чел., в стадии ремиссии – у 7 чел. Всем больным проведена с предоперационной подготовкой холецистэктомия.

Лечение неспецифического реактивного гепатита проводили с помощью разработанного нами и принятого для рассмотрения на патент «Способ лечения цирроза печени», содержащего смесь из Д-фруктазы, рибоксина, эссенциале, мексидола, преднизолон для внутривенного введения и приема внутрь гепона с лазерным облучением крови.

Результаты и их обсуждение

У всех больных описываемой группы в анамнезе и при обследовании отсутствовали какие-либо указания и признаки наличия и перенесенных в прошлом вирусный гепатит. Чаще всего острый и хронический холецистит и сопровождаемый их неспецифический реактивный гепатит (у 73,8% больных) выявлен в возрасте 40-60 лет. Чем чаще рецидивировал хронический холецистит, тем сильнее поражалась печень. У 89,6% больных выявлены и другие заболевания пищеварительной системы: хронический гастродуоденит у 61,9% больных, хронический колит – у 54,7%, дуоденальная язва – у 14,3%, хронический панкреатит – у 27,6% больных, некоторые больные имели по 2-3 сопутствующих заболеваний.

Наиболее постоянным был болевой синдром. У всех больных отмечались боли в правом подреберье. У ¼ больных наряду с болями в правом подреберье были боли в эпигастральной области. У половины больных боли иррадиировали в правую половину

* Цитування при атестації кадрів: Дудченко М.А. Клинические особенности течения калькулезного холецистита с реактивным гепатитом и методы их лечения // Проблеми екології і медицини. – 2013. – Т. 17, № 1-2. – С. 65–66.

грудной клетки. Боли были чаще тупые, ноющие, почти постоянные. Чувство тяжести и распирающего в правом подреберье имели 94,1% больных. Острые боли, напоминающие желчную колику, имели половина больных с острым холециститом. У 1/3 больных с хроническим холециститом в стадии обострения. Причиной появления или усиления болей в правом подреберье, как и диспепсические расстройства, в большинстве случаев являлись нарушением режима питания и погрешности в диете. Довольно часто (39,6%) причиной усиления болей было нервное напряжение.

Многие больные жаловались на неприятные ощущения в области сердца (49,6%) и другие различного характера боли (28,6%), а иногда и на нарушение ритма сердца.

У всех больных с помощью УЗИ, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии установлено наличие конкрементов в желчном пузыре.

Наиболее важным в диагностике хронического неспецифического реактивного гепатита у больных холециститом является пальпаторное и с помощью перкуссии исследование печени. У всех больных с острым и обострением хронического калькулезного холецистита выявлена умеренная гепатомегалия, у больных с хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии умеренное увеличение печени обнаружено у 1/3 случаев.

У 2/3 больных печень выступала из правого подреберья. Почти всегда отмечалась ее выраженная болезненность при пальпации. У 36,9% больных орган был уплотнен. Плотноватая консистенция и более выраженная болезненность печени чаще определялась в зоне проекции желчного пузыря с положительными симптомами его патологии.

При лабораторном исследовании постоянно выявлялись признаки воспалительного заболевания в организме. У 82,4% больных наблюдался умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и увеличением СОЭ у 2/3 больных. Почти у половины наблюдаемых больных определялась гиперпротеинемия (более 86 г/л). Средняя концентрация белка в сыворотке крови составляла $87 \pm 6,8$ г/л. У 62,7% исследуемых больных концентрации фибриногена была 4,1 г/л и составляла $5,8 \pm 1,8$ г/л. У 84,9% больных оказывалась положительной та или другая осадочная проба (тимоловая и др.), подтверждающие диспротеинемию у них. Выявлены признаки целостности мембран гепатоцитов по повышению активности аминотрансферазы (у 57,8%) и аспартатаминотрансферазы (у 39,2%). Повышение активности этих ферментов обычно было умеренным. О холестазах свидетельствуют активность щелочной фосфатазы, которая была у 83,2% больных выше 6 ЕД и составляла $6,8 \pm 1,8$ ЕД. Умеренная преходящая гипербилирубинемия была у 32,3% больных, больше за счет прямой или связанной реакции.

УЗИ и компьютерная томография выявляли диффузные изменения в печени, подтверждающие воспалительный их характер.

Выявленные изменения в печени при остром и хроническом калькулезном холецистите повторяют патологию у больных хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии только с меньшей активностью и выраженностью.

Следовательно, острый и хронический калькулезный холецистит вовлекают в патологический процесс печень с развитием неспецифического реактивного гепатита.

В результате проведенной холецистэктомии и консервативной терапии к третьему дню состояние больных значительно улучшилось. Исчезли боли и диспепсические явления, нормализовалась температура, восстановился аппетит, улучшилось самочувствие, физическая активность. К 7-му дню больные чувствовали себя практически здоровыми, нормализовались показатели патологии крови, печень возвратилась к нормальным показателям у большей половины больных. К 10-му дню все лечившиеся выписаны со стационара с оценкой значительного улучшения и рекомендацией: щадящий режим питания (диета 5), внутренний прием но-шпы, лосека, пангрولا, берлитиона, триовита, преднизолона (5 мг). В дальнейшем санаторно-курортное лечение.

Таким образом, желчекаменная болезнь с калькулезным холециститом в большинстве случаев сопровождается неспецифическим реактивным гепатитом. Чем длительнее холелитиаз и тяжелое его проявление, тем больше происходит повреждение печени, что требует раннего хирургического лечения и целенаправленной консервативной терапии.

Выводы

1. У больных калькулезным холециститом развитие неспецифического реактивного гепатита является закономерным патологическим процессом, что всегда надо иметь в виду при лечении таких больных.

2. При своевременном хирургическом и консервативном лечении больных калькулезным и бескаменным холециститом в сочетании с реактивным гепатитом, регенеративные свойства гепатоцитов создают реальную возможность выздоровления от этих заболеваний.

Перспектива дальнейших исследований

Учитывая профессиональные возможности и регенеративные свойства гепатоцитов, имеется возможность разрабатывать более эффективные методы хирургического и консервативного лечения больных холелитиазом и холециститом, сочетающихся с неспецифическим реактивным гепатитом.

Литература

1. Дигтярева И.И., Скрипник И.Н. Клиническая гастроэнтерология / И.И.Дегтярева, И.М.Скрипник. – М.: МИЛ, 2004. – 613с.
2. Дудченко М.О. Цироз печінки / М.О.Дудченко. – Полтава, «Дивосвіт», 2004. – 130с.
3. Дудченко М.А. Холецистит / М.А.Дудченко. – Полтава, «Полтавський літератор», 2011. – 147с.
4. Генрих Лиир. Важная триада: печень, желчные пути, поджелудочная. Перевод с немецкого Т.Ф.Корчагиной / Генрих Лиир. – М., «Уникум пресс», 2003 – 468 с.
5. Нечитайло М.Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М.Е.Нечитайло, В.В.Грубник, П.В.Огородников. – К., «Здоров'я», 2005. – 442с.
6. Williams O.L., Vellacot K.D. Selective operative cholangiography and perioperative emlo-hopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy 1 viable option for choledocholithiasis / O.L.Williams, K.D.Vellacot // Surg. Endosc. – 2002. – Vol.16. - №3. – P.465-467.

English version: CLINICAL FEATURES OF CALCULOUS CHOLECYSTITIS REACTIVE HEPATITIS AND METHODS OF TREATMENT*

Dudchenko M. A.

Higher State educational if Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy", Poltava

The research were made on 42 patients with calculous cholecystitis. It were defined by the research that 73,8% of patients that were receiving treatment, had development of nonspecific reactive hepatitis as a natural pathological process. Timely surgical and conservative treatment of patients with calculous cholecystitis combined with reactive hepatitis, owing to the regenerative features of hepatocytes, creates the real possibility of recovery from this diseases.

Keywords: cholecystitis, hepatitis, treatment.

The liver and gallbladder are a uniform system of bile flow and bile from the body [4]. If the liver in physiological terms is a "biochemical laboratory" where there are metabolic and neutralizing processes, which is the end product of bile, ensuring the normal functioning of the body, the gallbladder, as the body of the reservoir, its rhythmic activity provides the intestine bile that is involved in digestion [1 2]. They are inter-related and inter-dependent feature of the genetic and self-regulation.

Cholestasis and biliary stones in the system lead to infection or aseptic inflammatory process in the gallbladder [3]. Products of inflammation, toxins, infection in violation of the outflow of bile into the duodenum easily penetrate on bile ducts in the liver lobules moves, damaging hepatocytes. Degenerating cells become autoantigens and the subsequent development of autoimmune inflammation, forming a non-specific reactive hepatitis [3, 6].

Since reactive hepatitis in patients with calculous cholecystitis occurs in secret, and the manifestations of both acute and chronic calculous cholecystitis in the acute stage are expressed, the attention of the patient and the doctor, usually in connection with the pain, focus on the pathology of the gall bladder, the treatment is completed generally accepted surgical technique - cholecystectomy [5]. Latent current reactive hepatitis and progresses only when already joined tsirroliticheskie changes with clinical manifestations of the patient has to go to the doctor. During this period, the treatment of such patients is very difficult.

The issue of calculous cholecystitis and reactive hepatitis is considered very small value, at the same time the population cholelithiasis and cholecystitis with her and reactive hepatitis, cirrhosis of the liver in passing, are progressing. There is a growing incapacity, disability and mortality.

Purpose - to examine the clinical features of calculous cholecystitis with reactive hepatitis and justify their treatment.

Material and methods

The study was conducted on 42 patients aged 28 to 60 years, with disease duration of 7 years. Men was 16, women - 26. Almost all patients taken to surgery clinic number 1 YMCA ambulance with a diagnosis of "acute abdomen". Patients in full a clinical, laboratory, biochemical and instrumental examination. Established acute calculous cholecystitis in 21 people., Chronic calculous

cholecystitis in the acute stage at 14 people., In remission - in 7 people. All patients underwent preoperative preparation with cholecystectomy.

Treatment nonspecific reactive hepatitis performed pomoschyu developed world and received a patent for consideration "method for treating liver cirrhosis," comprising a mixture of D-fruktazy, riboksina, essentsiale, mexidol, prednisolone intravenous and oral Gepon laser irradiation of blood.

Results and discussion

All patients described a history of the group and in the survey, there were no signs and symptoms of the presence and migrated in the past viral hepatitis. Most often, acute and chronic cholecystitis, followed by their non-specific reactive hepatitis (in 73.8% of patients) was observed in the age of 40-60 years. The more frequently recurred chronic cholecystitis, the more attacks the liver. In 89.6% of patients had other diseases of the digestive system: chronic gastro in 61.9% of patients, chronic colitis - at 54.7%, duodenal ulcer - in 14.3%, chronic pancreatitis - in 27.6% of patients, Some patients had 2-3 comorbidities.

The most pain was constant. All patients had pain in the right upper quadrant. At ¾ of patients, along with pain in the right upper quadrant were epigastric pain. Half of the patients the pain radiate to the right side of the chest. The pain was often dull, aching, almost constant. A feeling of heaviness and fullness in the right upper quadrant had 94.1% of patients. Acute pain resembling biliary colic, had half of the patients with acute cholecystitis. In one third of patients with chronic cholecystitis in the acute stage. The cause of the gain or pain in the right upper quadrant, as dyspepsia, in most cases, a violation of diet and errors in diet. Quite often (39.6%) led to greater pain was stress.

Many patients complained of discomfort in the area of the heart (49.6%), and other various kinds of pain (28.6%), and sometimes on rhythm disturbance of the heart.

In all patients with ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging revealed the presence of stones in the gallbladder.

Most important in the diagnosis of chronic nonspecific reactive hepatitis patients is cholecystitis by palpation and percussion of the liver. All patients with acute and acute exacerbation of chronic calculous cholecystitis revealed mild hepatomegaly in patients with chronic

* To cite this English version: Dudchenko M. A. Clinical features of calculous cholecystitis reactive hepatitis and methods of treatment // Problemy ekologii ta medytsyny. - 2013. - Vol 17, № 1-2. - P. 67 -68.

calculous cholecystitis in remission moderate increase in liver was detected in one third of cases.

In two thirds of patients with liver appeared right hypochondrium. Almost always marked her severe pain on palpation. In 36.9% of the patients body was sealed. Plotnovata more consistency and soreness of the liver often determined in the projection of the gall bladder with positive symptoms of his disease.

In a laboratory study, constantly revealed signs of inflammatory disease in the body. In 82.4% of patients experienced moderate neutrophilic leukocytosis with a left shift and increased erythrocyte sedimentation rate in two thirds of patients. Almost half of the patients was determined by the observed hyperproteinemia (more than 86 g / l). The average protein concentration in the serum was $87 \pm 6,8$ g / l. At 62.7% of patients studied fibrinogen concentration was 4.1 g / l and was $5,8 \pm 1,8$ g / l. In 84.9% of the patients has a positive one or the other sediment samples (thymol, etc.) confirming Dysproteinemia them. The signs of the integrity of the hepatocyte membrane to improve the activity of aminotransferases (at 57.8%) and aspartate aminotransferase (at 39.2%). Increased activity of these enzymes were usually mild. About cholestasis indicate the activity of alkaline phosphatase, which was at 83.2% of patients above 6 IU and was $6,8 \pm 1,8$ units. Mild transient hyperbilirubinemia was at 32.3% of patients, more due to the direct or related reactions.

Ultrasonography and computed tomography revealed diffuse changes in the liver, confirming their inflammatory nature.

The detected changes in the liver in acute and chronic calculous cholecystitis repeat pathology in patients with chronic calculous cholecystitis in remission but with less activity and severity.

Therefore, acute and chronic calculous cholecystitis involve in the pathological process of the liver with the development of non-specific reactive hepatitis.

As a result of cholecystectomy and conservative treatment on the third day condition of the patients improved significantly. No pain and dyspeptic symptoms, the temperature returned to normal, recovered appetite, improved health, physical activity. By the 7th day of the patients felt almost healthy, returned to normal blood disease, liver returned to normal performance in more than half of the patients. By the 10th day all lechivshiesya discharged from the hospital with the assessment of significant improvements and recommendation: sparing diet

(diet 5), the internal reception shpy, Loseke, pangrola, Valium, triovita, prednisolone (5 mg). In the future, a spa treatment.

Thus, cholelithiasis with calculous cholecystitis in most cases accompanied by a non-specific reactive hepatitis. The longer cholelithiasis and severe manifestation of it, the greater the damage to the liver occurs that requires early surgical treatment and a focused conservative therapy.

Findings

1. In patients with calculous cholecystitis development of non-specific reactive hepatitis is a natural disease process that should always be kept in mind when treating such patients.

2. With timely surgical and conservative treatment of patients with calculous and acalculous cholecystitis in combination with reactive hepatitis, the regenerative properties of hepatocytes are a real possibility of recovery from the disease.

The prospect of further research. Given the professional opportunities and regenerative properties of hepatocytes, it is possible to develop more effective methods of surgical and conservative treatment of patients with cholelithiasis and cholecystitis, combined with nonspecific reactive hepatitis.

References

1. Digtyareva I. I., Skrypnik I. N. Klinicheskaya gastroenterologiya / I. I. Degtyareva, I. M. Skripnik. – M.: MIL, 2004. – 613 s.
2. Dudchenko M.O. Ziroz pechinki / M.O.Dudchenko. – Poltava, «Divosvit», 2004. – 130s.
3. Dudchenko M.A. Cholezistit / M.A.Dudchenko. – Poltava, «Poltavs'kiy literator», 2011. – 147s.
4. Genrich Liir. Vazhnaya triada: pechen', zhelchnye puti, podzheludochnaya. Perevod s nemezkogo T.F.Korchaginoy / Genrich Liir. – M., «Unikum press», 2003 – 468 s.
5. Nechitaylo M.E. Minimal'no invazivnaya chirurgiya patologii zhelchnych protokov / M.E.Nechitaylo, V.V.Grubnik, P.V.Ogorodnikov. – K., «Zdorov'ya», 2005. – 442s.
6. Williams O.L., Vellacot K.D. Selective operative cholangiography and perioperative emlo-hopoc retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy 1 viable option for choledocholithiasis / O.L.Williams, K.D.Vellacot // Surg. Endosc. – 2002. – Vol.16. - №3. – P.465-467.

Матеріал надійшов до редакції 25.10.2012 р.