

**БАШКИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра факультетской терапии

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Определение

Хронический холецистит – хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с дискинезиями желчевыводящих путей и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи.



Распространенность

- 6-7 случаев на 1000 населения
- женщины болеют чаще мужчин в 3-4 раза

Этиология

- Бактериальная инфекция - кишечная палочка, энтерококки, реже – стафилококки и стрептококки
- Вирусы гепатита В и С – в 10% случаев
- Смешанная микрофлора
- Паразитарная инвазия (описторхоз)

Предрасполагающие факторы

1. Застой желчи, к которому приводят:

- нарушение режима питания
- психоэмоциональные факторы
- гиподинамия
- ожирение
- беременность
- запоры
- органические нарушения путей оттока желчи

2. Дисбактериоз кишечника

3. Нарушения обмена веществ, способствующие изменению химического состава желчи (ожирение, сахарный диабет, гиперлипидемия и др.)

Патогенез



Классификация хронического холецистита

(Я.С.Циммерман, 1994)

1. По этиологии и патогенезу

- Бактериальный
- Вирусный
- Паразитарный
- Немикробный («асептический»)
- Аллергический
- «Ферментативный»
- Невыясненной этиологии

Классификация хронического холецистита (Я.С.Циммерман, 1994)

2. По клиническим формам

Хронический бескаменный холецистит

А) с преобладанием воспалительного процесса

Б) с преобладанием дискинетических явлений

Хронический калькулёзный холецистит

Классификация хронического холецистита (Я.С.Циммерман, 1994)

3. По типу дискинезий

**Нарушение сократительной функции
желчного пузыря**

По характеру нарушения моторики

Гипертонически-гиперкинетическая
(гипертоническая) форма

Гипотонически-гипокинетическая
(гипотоническая) форма

Классификация хронического холецистита (Я.С.Циммерман, 1994)

4. По характеру течения

Редко рецидивирующий (благоприятного течения)

Часто рецидивирующий (упорного течения)

Постоянного (монотонного) течения

Маскировочный (атипичного течения)

Классификация хронического холецистита (Я.С.Циммерман, 1994)

5. По фазам заболевания

Фаза обострения (декомпенсации)

Фаза затухающего обострения
(субкомпенсации)

Фаза ремиссии (компенсации)

Классификация хронического холецистита (Я.С.Циммерман, 1994)

6. По степени тяжести

Легкая

Средней тяжести

Тяжелая

Классификация хронического холецистита (Я.С.Циммерман, 1994)

7. Осложнения

Реактивный панкреатит (холепанкреатит)

Реактивный гепатит

Перихолецистит

Хронический дуоденит и перидуоденит

Дуоденальный стаз

Рефлюкс-гастрит

Клиническая картина

Основные клинические синдромы

1. Болевой

- Боль локализуется в правом подреберье, реже – в эпигастральной области
- Иррадирует в правую лопатку, ключицу, плечо
- Возникает при нарушении диеты (употребление жирной, жареной, холодной пищи, газированных и спиртных напитков), физической нагрузке, стрессе

Клиническая картина

Основные клинические синдромы

2. Диспепсический

- отрыжка
- горечь во рту
- тошнота, рвота
- метеоризм
- нарушение стула

Клиническая картина

Основные клинические синдромы

3. Воспалительный синдром

При обострении заболевания может быть повышение температуры тела, познабливание.

4. Кишечный дискинетический синдром –

- Малоинтенсивная, разлитая боль по всему животу;
- Вздутие живота;
- Склонность к запорам.

5. Холестатический синдром

(при закупорке желчного протока слизью или камнем)

- кожный зуд
- желтуха

6. Холецисто-кардиальный синдром

У 25-50% больных могут быть

- боли в области сердца рефлекторного характера
- экстрасистолии
- изменения на ЭКГ (отрицательный зубец Т)

Объективное исследование больного

При осмотре – может быть

- субиктеричность кожи и склер,
- избыточная масса тела

При поверхностной пальпации – зоны
кожной гиперестезии

- в правом подреберье
- под правой лопаткой

Болевые симптомы холецистита

Симптом Кера –

болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря (пересечение наружного края прямой мышцы живота с правой реберной дугой).

Болевые симптомы холецистита

Симптом Мерфи –
болезненность при пальпации желчного
пузыря на вдохе.

Болевые симптомы холецистита

Симптом Грекова-Ортнера –

болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по правой реберной дуге ребром ладони.

Болевые симптомы холецистита

Симптом Лепене –

болезненность при поколачивании по правому подреберью кончиками пальцев.

Болевые симптомы холецистита

Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) – болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Лабораторные методы исследования

Общий анализ крови – в фазе обострения может быть

- Лейкоцитоз
- Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- Увеличение СОЭ

Биохимическое исследование крови – может быть

- Повышение острофазовых показателей (серомукоидов, сиаловых кислот, фибриногена)
- Повышение билирубина
- Повышение трансаминаз
- Повышение холестерина, триглицеридов

Фракционное дуоденальное зондирование –

изменения порции В (пузырной желчи)

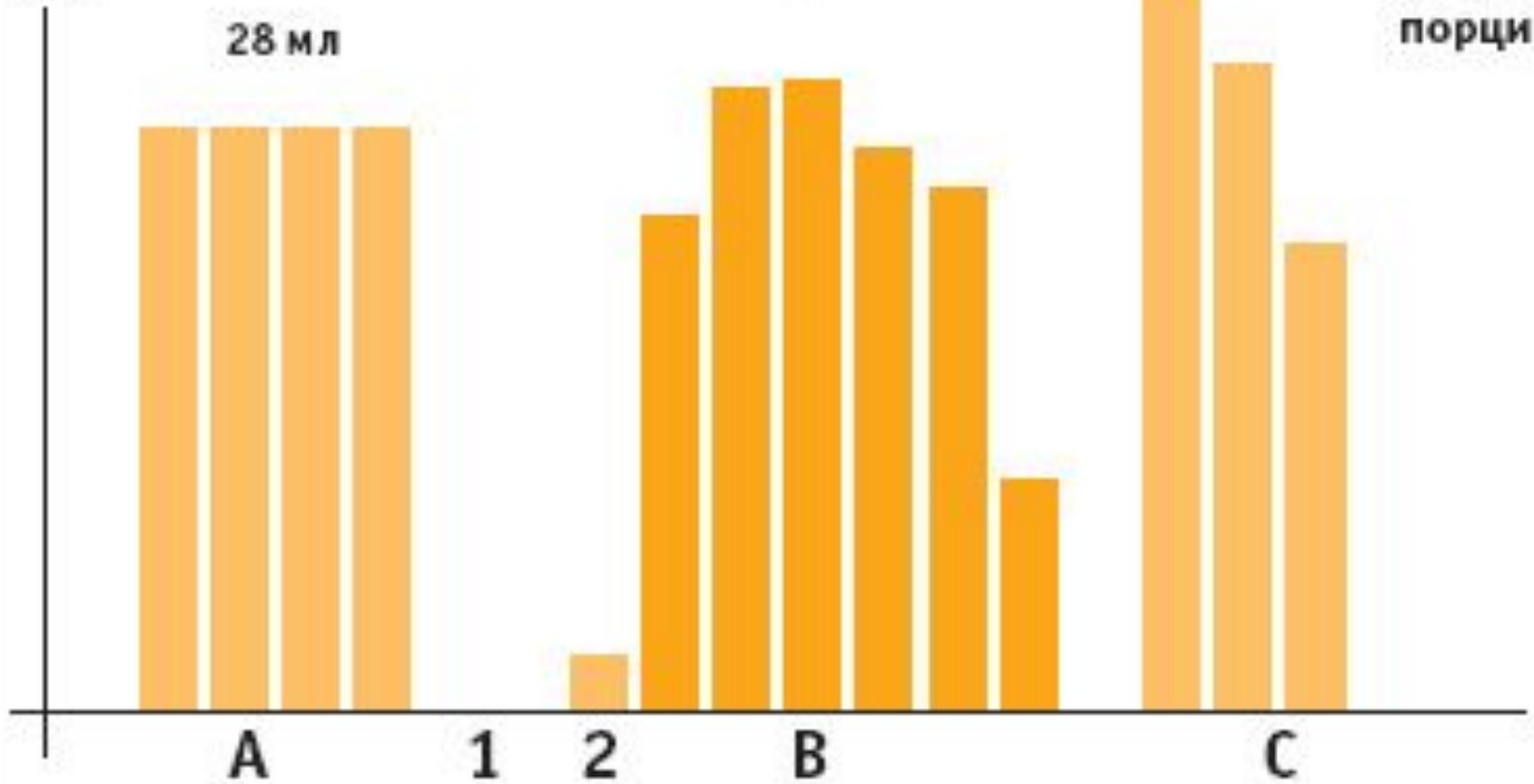
- выявление помутнения, хлопьев, слизи, большого количества лейкоцитов, эпителия указывает на воспалительный процесс
- большое количество кристаллов холестерина, билирубината кальция указывает на предрасположенность к холелитиазу
- бактериологическое исследование желчи позволяет определить возбудителя и его чувствительность к антибиотикам

мл

28 мл

64 мл

А, В, С -
порции



Пятиминутные порции

Время (мин)

Фракционное дуоденальное зондирование –

- отсутствие порции В указывает на нарушение сократительной функции желчного пузыря (при органических и функциональных изменениях)
- увеличение порции В более 50-60 мл свидетельствует о застойных явлениях в желчном пузыре и гипотонической дискинезии.

Инструментальные методы исследования

УЗИ – ведущий метод диагностики,
для хронического холецистита характерно:

- утолщение стенки желчного пузыря (более 2 мм)
- неравномерность и деформация контура пузыря
- негетомогенность содержимого
- наличие воспалительно-склеротических изменений

Рентгенологические методы исследования

—

*пероральная холецистография,
внутривенная холецистохолангиография*

- нарушение концентрационной способности
- нарушение двигательной функции
(замедление опорожнения)
- деформация контуров желчного пузыря
- наличие камней



***Радиоизотопное исследование
желчевыводящих путей***

Термография (тепловидение)

Пример формулировки диагноза

Хронический бескаменный холецистит,
фаза обострения, легкая степень
тяжести. Гипотоническая дискинезия
желчного пузыря.

Дифференциальная диагностика

хронического бескаменного холецистита проводится с:

- язвенной болезнью 12-перстной кишки
- желчнокаменной болезнью
- дискинезией желчевыводящих путей

Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП)

—

расстройство тонуса и сократительной способности стенок желчных протоков и желчного пузыря с нарушением оттока желчи.

- Болеют преимущественно женщины
- Чаще у лиц молодого возраста

Классификация ДЖВП

По этиологии

Первичные

Вторичные

По характеру нарушения моторики

Гипертонически-гиперкинетическая
(гипертоническая) форма

Гипотонически-гипокинетическая
(гипотоническая) форма

Гипертонический тип дискинезии:

- Боли схваткообразные, кратковременные, связаны с нарушением диеты или стрессом
- Периодически возникают приступы желчной колики
- При дуоденальном зондировании – увеличено время выделения порции А (гипертонус пузырного протока), уменьшено время выделения порции В, исследование сопровождается болями в правом подреберье
- УЗИ – желчный пузырь округлой формы, тонус повышен, опорожнение ускорено

Гипотонический тип дискинезии:

- Постоянные боли, чувство распираания в правом подреберье
- Боли усиливаются при пальпации желчного пузыря
- Дуоденальное зондирование – порция В выделяется в большом количестве и медленно, исследование безболезненно
- УЗИ – желчный пузырь увеличен в размере, опорожнение замедленное и недостаточное

В отличие от хронического холецистита для ДЖВП не характерны:

- Лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ;
- Воспалительные изменения в желчи при дуоденальном зондировании;
- Изменения толщины стенок и деформация желчного пузыря по данным УЗИ.

Лечение

- При легком течении заболевания лечение проводят амбулаторно;
- В период клинически выраженного обострения больным показана госпитализация в гастроэнтерологическое или терапевтическое отделение;
- При угрозе развития деструктивного холецистита и осложнений больных госпитализируют в хирургическое отделение.

Диета

- Питание дробное, 5-6 раз в сутки
- Исключают из рациона холодные острые блюда и приправы, спиртные напитки, жирные, жареные мясные и рыбные блюда, изделия из жирного теста, мороженое

Антибактериальная терапия

- Проводится в течение 7-10 дней
- Эритромицин – по 0,25г 4 раза в сутки
- Ампициллин – по 0,5 г 4 раза в сутки
внутри или в/м
- Ампиокс – по 0,5 г 4 раза в сутки

При лямблиозе –

- Метронидазол по 0,25 г 3 раза в день
- Фуразолидон по 0,15 г 3-4 раза в день

Спазмолитики

- Платифиллин – 1 мл 0,2% р-ра 2 раза в сутки в/м или п/к
- Атропин 0,1% р-р 1 мл 2 раза в сутки в/м или п/к
- Но-шпа – 2 мл р-ра в/м или 0,04г внутрь 2-3 раза в сутки

Желчегонные препараты

Холеретики – средства, стимулирующие образование желчи:

- Аллохол - по 1 таб. 3 раза в день после еды
- Холензим - по 1 таб. 3 раза в день до еды
- Лиобил - 0,2 г 3 раза в день до еды
- Никодин – по 0,5 г 3 раза в день до еды
- Препараты растительного происхождения
 - Отвар цветков бессмертника
 - Отвар кукурузных рыльцев
 - Отвар плодов шиповника
 - Настой мяты перечной

- **Холекинетики** – препараты, стимулирующие сокращение желчного пузыря и расслабление сфинктеров, используют при гипотоническом типе ДЖВП
- Ксилит или сорбит – 10% р-р по 50-100 мл 2-3 раза в день за 30 мин до еды
- Магния сульфат – 20-25% р-р по 1 столовой ложке натощак в течение 10 дней
- Карловарская соль – 1 чайная ложка на стакан воды за 30 мин до еды
- Масло подсолнечное, оливковое – по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой

Физиотерапия

При гипертоническом типе ДЖВП

- Электрофорез спазмолитиков
- Индуктотермия
- Аппликации парафина, озокерита

При гипотоническом типе ДЖВП

- Ультразвук низкой интенсивности
- Электрофорез с кальция хлоридом
- Синусоидально-модулированные токи

- ***Минеральные воды***
- **При гипертонической форме ДЖВП**
- Нарзан, смирновская, эссенуки №4,20 в подогретом до 40-45°C виде по ½ стакана 3-4 раза в день
- **При гипотонической форме ДЖВП**
- Минеральные воды высокой минерализации (арзни, эссенуки №17) в холодном виде по ½ стакана 3-4 раза в день
- ***Тюбажи*** – при гипотонической форме ДЖВП с ксилитом, сорбитом, магния сульфатом, карловарской солью 1 раз в неделю

Профилактика

- Рациональное питание
- Активный образ жизни
- Физкультура
- Своевременное лечение заболеваний пищеварительного тракта, очаговой инфекции, интоксикаций, невротических и обменных нарушений

A close-up photograph of a single, large, vibrant red rose in full bloom. The petals are layered and show some natural variation in color, with some appearing slightly darker or more saturated than others. The rose is set against a background of lush, green, serrated leaves, which are slightly out of focus, creating a sense of depth. The lighting is bright, suggesting a sunny day, and highlights the texture of the petals and the veins on the leaves. Overlaid on the lower-left portion of the rose is the text 'БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!' in a bold, white, sans-serif font.

БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!