



Хронический ХОЛЕЦИСТИТ

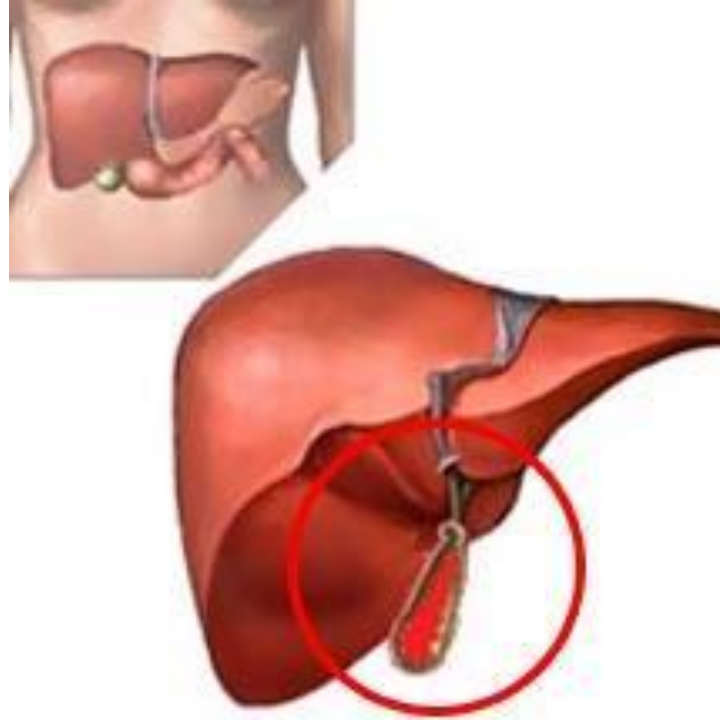
План

1. Хронический холецистит:

- классификация
- этиология
- клиника: жалобы пациента, данные объективного исследования
- диагностика: лабораторные и инструментальные данные
- дифференциальная диагностика
- лечение
- сроки ВН, диспансеризация, прогноз

Хронический холецистит

- **Хронический холецистит** - хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание ЖП, сочетающееся с дискинезиями желчевыводящих путей и дисхолией. Продолжительность болезни более 6 месяцев.



Классификация Хронического холецистита (Циммерман 1992 г.)

- По этиологии:

- Бактериальный, вирусный, паразитарный, немикробный, аллергический, ферментативный, невыясненной этиологии

- По клиническим формам:

- Хронический калькулёзный холецистит

- Хронический бескаменный холецистит (с преобладанием воспалительного процесса, с преобладанием дискинетических явлений)

- По характеру течения:

- латентный (субклинический),

- часто рецидивирующий (более 2-х приступов в году)

- редко рецидивирующий (не более 1 приступа в год и реже).

- постоянного (монотонного) течения

- маскировочного (атипичного) течения



- **По типу дискинезий:**
- **Нарушение сократительной функции желчного пузыря:** гиперкинез желчного пузыря, гипокинез желчного пузыря: норма-, гипотония)
- **Нарушение тонуса сфинктерального аппарата желчевыводящих путей:** гипертонус сфинктера Одди, гипертонус сфинктера Люкенса, гипертонус обоих сфинктеров.
- **По фазам заболевания:**
 - Фаза обострения (декомпенсации)
 - Фаза затухающего обострения (субкомпенсация)
 - Фаза ремиссии (компенсация: стойкая, нестойкая)
- **По степени тяжести:**
 - **легкой степени тяжести** - обострения 1 -2 раза в год и реже, короткие, желчная колика не чаще 4 раза в год.
 - **средней степени тяжести** - обострения 3-4 раза в год с более выраженной симптоматикой, желчная колика до 6 раз в год.
 - **тяжелой степени тяжести** - обострения 5 и более раз в год, иногда ежемесячно, длительные, наличие осложнений. Желчная колика более 6 раз в год.
- **Осложнения:** реактивный панкреатит(холепанкреатит), реактивный гепатит, перихолецистит, хронический дуоденит и перидуоденит, хронический дуоденальный стаз и прочие.

Примеры формулировки диагноза

- Учитываются стадия (фаза) болезни, характер течения, степень тяжести, тип дискинезии ЖП, основные клинические синдромы, осложнения:

Хронический некалькулезный холецистит в фазе обострения, среднетяжелое течение с частыми рецидивами, гипертоническая дискинезия желчного пузыря.

Этиология Хронического холецистита

- 1. Бактериальная инфекция:** более чем у 60% больных холециститом в желчи находят инфекцию, например, кишечную палочку, энтерококки, стафилококки, стрептококков, сальмонелл и др. В 10% вирусы гепатита В и С. В желчный пузырь болезнетворные микроорганизмы могут попадать гематогенным, лимфогенным и восходящим (из кишечника) путями.
- 2. Паразитарная инвазия:** острицы или аскариды, кошачья двуустка и дизентерийная амеба.
- 3. Дуоденобиллиарный рефлюкс:** при дуоденальном стазе, недостаточности сфинктера Одди, хроническом панкреатите, когда происходит заброс дуоденального содержимого с активированными панкреатическими ферментами в жп.
- 4. Аллергия:** пищевые и бактериальные аллергены, что подтверждается наличием в стенке жп признаков воспаления и эозинофилов (токсико-аллергический холецистит)
- 5. Хронические воспалительные заболевания органов пищеварения:** хронические гепатиты, циррозы печени, хронические заболевания кишечника, поджелудочной железы

Предрасполагающие факторы

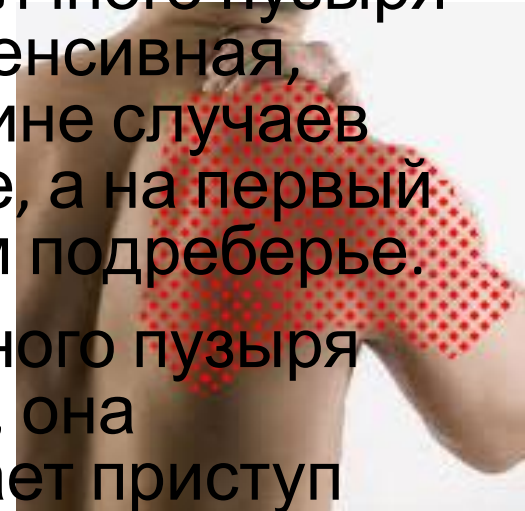
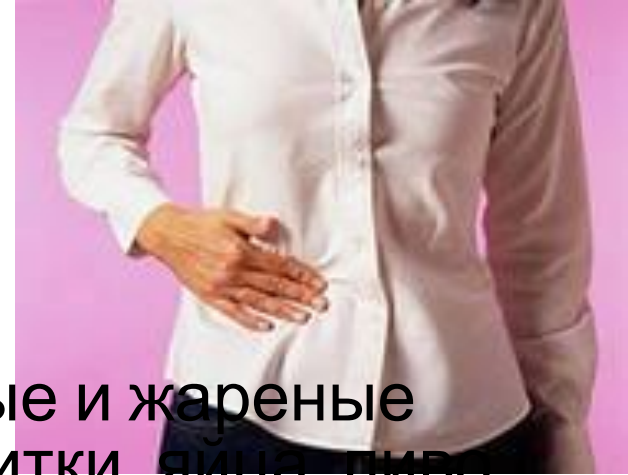
- врожденная деформация жп;
- психоэмоционально-стрессовые реакции,
- дискинезия желчных путей;
- травмы желчного пузыря;
- опухоли в брюшной полости;
- нарушение обмена веществ (сахарный диабет, атеросклероз);
- нарушение режима питания (большие перерывы между приемами пищи, злоупотребление жирной и жареной пищей);
- Отсутствие или недостаточное содержание в пище растительной клетчатки (способствует разжижению желчи и опорожнению жп)
- запоры, малоподвижный образ жизни;
- дисбактериоз кишечника
- беременность и ожирение;
- аллергические реакции;
- возрастное нарушение кровоснабжения
- желчного пузыря.



Жалобы пациента

1. Боль:

- связана с нарушением диеты: жирные и жареные блюда, холодные газированные напитки, яйца, пиво, вино и др.
- в типичных случаях она локализуется в правом подреберье, иногда в подложечной области, с иррадиацией в правое плечо, лопатку иногда в ключицу
- При сниженном тоне мускулатуры желчного пузыря (его гипотонии) боль постоянная, неинтенсивная, ноющего характера. Примерно в половине случаев боли как таковой может не быть вообще, а на первый план выходит чувство тяжести в правом подреберье.
- В случае если тонус мускулатуры желчного пузыря повышен, боль появляется приступами, она кратковременна, интенсивна, напоминает приступ



2. Диспепсические жалобы: чувство горечи во рту, особенно по утрам; «горькие» отрыжки, изжога; рвота: при гипокинетической дискинезии после рвоты уменьшение болей, при гипертонической дискинезии - усиление болей;

3. Кожный зуд

4. Повышение температуры тела (в период обострения)

5. Психоэмоциональные расстройства.

6. Кардиалгии



Объективное исследование пациента

Осмотр:

Обращать внимание: Субиктеричность склер, кожи. Сосудистые звездочки. Характерным при хроническом холецистите является наличие у больных обложенного, фестончатого (с отпечатками зубов) языка.

Пальпация и перкуссия живота:

В проекции желчного пузыря (место пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой), усиливающаяся на вдохе (симптом Керра), а также при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Ортнера). Однако эти симптомы выявляются не всегда.

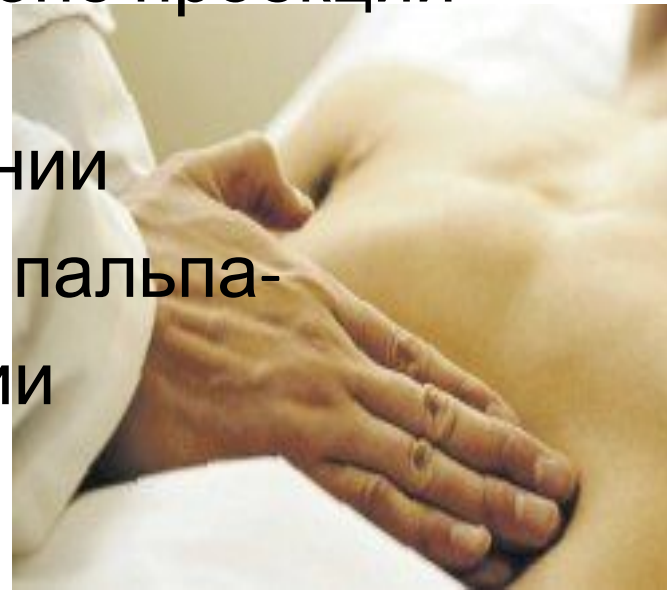
Симптом Мерфи - осторожное, мягкое введение руки в зону желчного пузыря и при глубоком вдохе пальпирующая рука вызывает резкую болезненность.

Симптом Мюсси - болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудинноключичнососцевидной мышцы справа.

Симптом Маккензи - гиперестезия кожи живота в правой подреберной области с максимально выраженной болезненностью в зоне проекции желчного пузыря.

Симптом Шоффара - при проведении вентродорзальной бимануальной пальпации возникает боль в зоне проекции головки поджелудочной железы и

желчного пузыря



Лабораторно-инструментальные

данные

1. **ОАК** (может отмечаться умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускоренное СОЭ);

2. **ОАМ;**

3. **БАК** (иногда определяется повышение активности трансаминаз (АЛТ и АСТ), щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы , также следить за показателями глюкозы, мочевины, билирубина, а-амилазы);

4. **Анализ кала на паразитов** (аскариды, лямблии) – обязателен для всех больных с холециститом;

5. **ЭКГ;**

6. **ФГДС;**

7. **HbsAg, anti-HCV;**

8. **Обзорная рентгенограмма ОБП;**

9. **УЗИ ОБП**

УЗИ-признаки холецистита:

- 1.) Желчный пузырь увеличивается в размере. Поперечник больше 35- 45 мм, площадь общая больше 30 см².
- 2.) Стенка желчного пузыря изменяется. Происходит отек, пропотевание жидкости в стенку. Она увеличивается в размере. Может быть более 25 мм.
- 3.) Изменяется сама полость пузыря. Камни, замазкообразная желчь, взвесь, пузырьки газа, гной и т.д.
- 4.) В окружающих тканях происходят изменения. Рядом с пузырем может быть инфильтрация, отечная жидкость, смещение петель кишки.
- 5.) Смотрим на реакцию лимфатической системы. Может свидетельствовать нам о том, что процесс острый. Небольшие лимфоузлы размерами от 5 до 20 мм, преимущественно в области шейки желчного пузыря, ворот печени или вдоль печеночно-двенадцатиперстной связки.
- 6.) Обнаружение камней



2. камни в жп

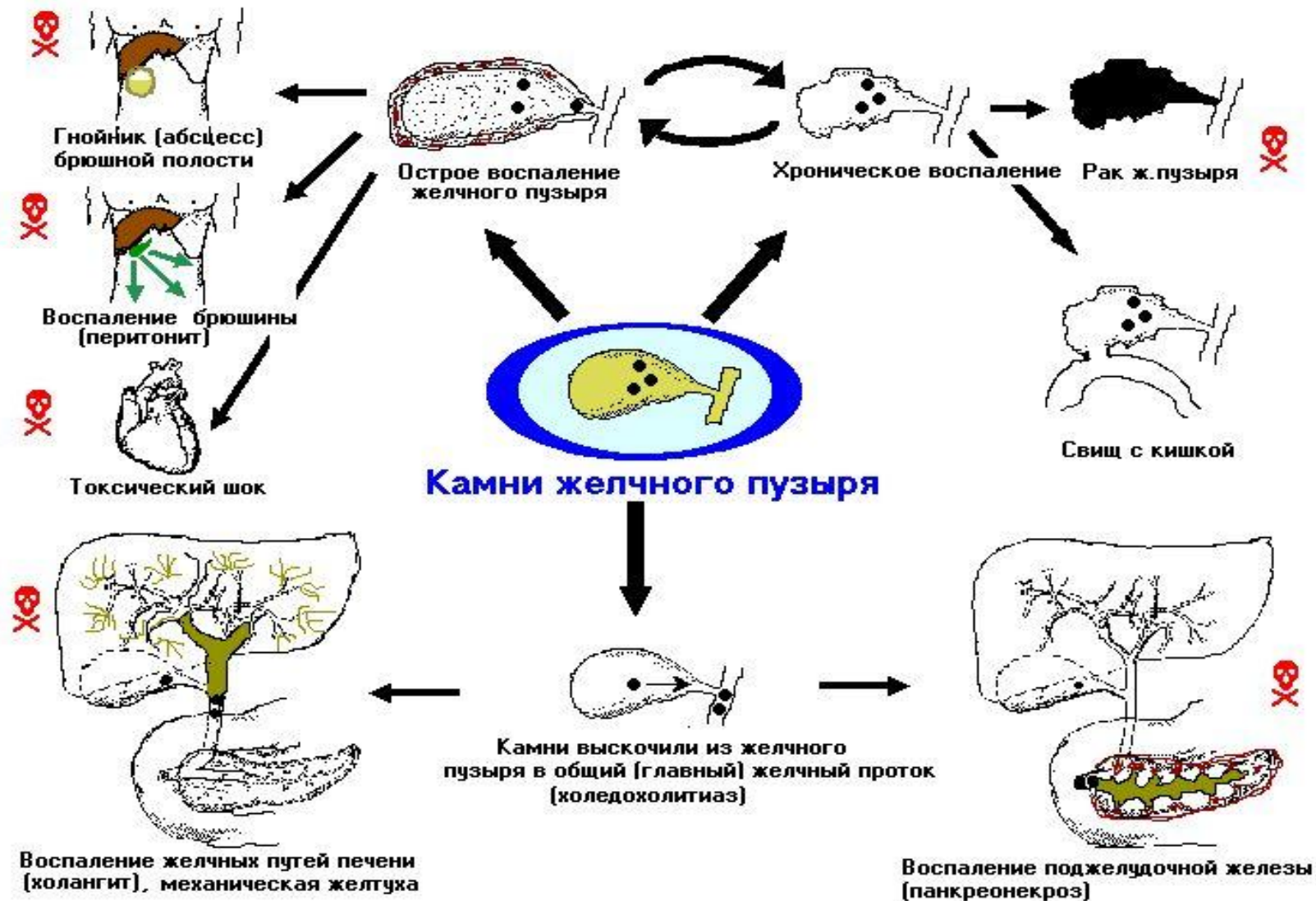


9. При дуоденальном зондировании отмечают нарушение моторики желчного пузыря, берут анализ желчи. При посеве желчи возможно обнаружение бактериального заражения, определение возбудителя инфекции, также можно провести тестирование культуры на чувствительность к антибиотикам для оптимального выбора терапевтического 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.

Дифференциальная диагностика

- острым аппендицитом (особенно при атипичном расположении отростка)
- прободной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, для которой характерны внезапная сильная («кинжальная») боль и наличие газа под диафрагмой на обзорной рентгенограмме брюшной полости;
- с правосторонней пневмонией, плевритом и др.
- почечной колики, при которой отмечаются расстройства мочеиспускания, иррадиация болей в паховую область и бедро, беспокойное поведение больного.
- У пожилых людей острый холецистит часто приходится дифференцировать с инфарктом миокарда (особенно при локализации очаговых изменений на задней стенке левого желудочка), который может протекать с симптоматикой острого холецистопанкреатита.

Осложнения хронического холецистита



Лечение

1.Диетотерапия:

- частый – 5-6 раз в сутки – прием пищи небольшими порциями;

Следует **ИСКЛЮЧИТЬ**:!!!

- фасоль и другие бобовые культуры, щавель, шпинат, а также грибы. При наличии сопутствующего гастрита или дуоденита из рациона исключают лук, чеснок, редис (содержащиеся в них эфирные масла раздражают слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки);
 - жирные свинина, баранина, гусь, утка;
 - копчености, маринады, рыба жирных сортов, мозги, почки, печенка, жирные сорта говядины и свинины, баранина, гусь, утка, животные жиры (за исключением сливочного масла);
 - шоколад, какао, сдобное тесто;
 - консервы, фасоль и другие бобовые, щавель, шпинат;
 - крепкие мясные, рыбные, грибные бульоны, пряности.



В рацион ВКЛЮЧИТЬ!!!:

- Растительные масла (оливковое, подсолнечное, кукурузное). Лучше всего употреблять небольшие количества масла в составе овощных салатов. Растительные масла способствуют снижению уровня холестерина и препятствуют развитию камней в желчном пузыре и атеросклероза.
- Свежие фрукты и овощи (яблоки, дыни, арбузы, помидоры, морковь, свекла) – содержат большое количество клетчатки улучшающей пищеварение и способствующей выводу из организма избытка холестерина. До 400г/сутки!!!
- Хлеб из муки грубого помола и каши – снижают холестерин, стимулируют сокращение желчного пузыря и нормализуют отток



2. Устранение болевого синдрома: пациентам следует принимать 1-2 таблетки Но-Шпа, таблетку Нитроглицерина под язык. В некоторых случаях для снятия боли можно использовать Димедрол, Баралгин (внутримышечно 5 мл).

3. Подавление инфекции при хроническом холецистите +дезинтоксикационная терапия: могут быть использованы ципрофлоксацин по 250-500 мг 4 раза в день, ампициллин 500 мг 4 раза в день, эритромицин по 200-400 мг 4 раза в день, фуразолидон по 100 мг 4 раза в день, метронидазол по 250 мг 4 раза в день.

Антибактериальная терапия назначается на 10-14 дней. При выборе антибактериального препарата необходимо учитывать не только чувствительность микроорганизмов к антибиотику, но и способность проникновения противомикробных средств в желчь. В качестве дезинтоксикационной терапии применяют изотонический раствор хлорида натрия, щелочные минеральные воды, отвар шиповника. **Применяют при обострениях хронического холецистита.**

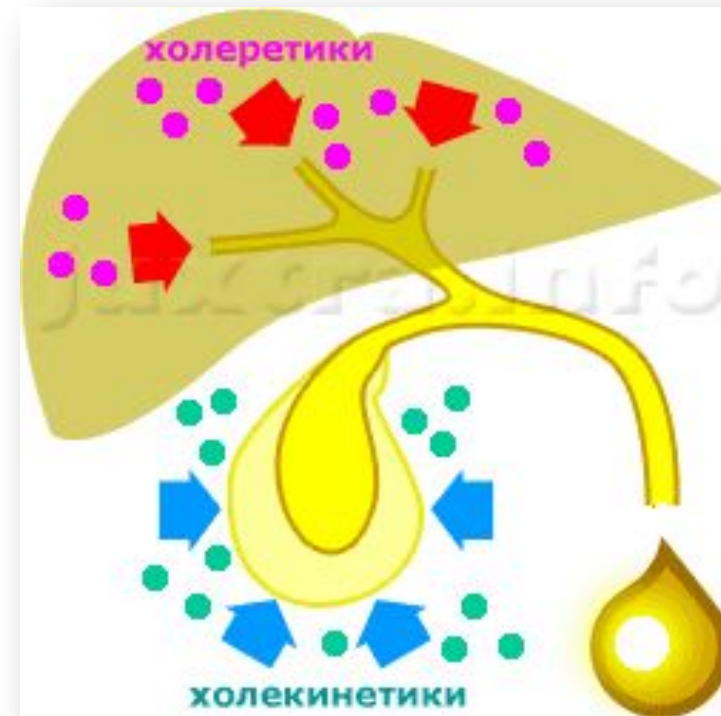
4. Подавление рвоты и тошноты при хроническом холецистите: рекомендуют принимать лекарства с противорвотным потенциалом: Церукал, Мотилиум (по 1 таблетке 2-3 раза в день).

5. Желчегонные средства:

Холеретики – стимулируют выделение желчи печеночными клетками, полезны при сниженной желчевыделительной функции (хронический гепатит, цирроз печени) АЛЛОХОЛ, ХОЛЭНЗИМ, НИКОДИН.

Холекинетики – стимулируют выброс желчи благодаря усилению моторики жп и желчных путей, используют при сниженном тоне жп. СУЛЬФАТ МАГНИЯ, СОРБИТ, МАННИТ, РАСТИТЕЛЬНЫЕ МАСЛА

Желчегонные средства растительного происхождения - ХОЛОСАС, ХОФИТОЛ, ХОЛАГОЛ, ЭКСТРАКТ АРТИШОКА, РАСТОРОПША ПЯТНИСТАЯ. Сочетают в себе свойства и холеретиков и холекинетики



6. Препараты урсодезоксихолевой кислоты (УРСОСАН, УРСОФАЛЬК, УРСОХОЛ) применяют вне обострений. Урсодезоксихолевая кислота способна растворять холестериновые камни в жп и предотвращает образование новых. Помимо этого действует как холеретическое желчегонное средство, нормализует обмен холестерина, обладает гепатопротекторным действием.

Показания: чисто холестериновые камни, функционирующий жп(объем желчных камней не должен превышать 30% от объема пузыря, камни диаметром не более 1-2 см, недлительное(2-3 года) существование камней. При отсутствии уменьшения диаметра камней через 6 месяцев от начала лечения является показанием для оперативного лечения.

7. Ферментные препараты ПАНКРЕАТИН, МЕЗИМ,ФЕСТАЛ. Применяют при часто сопутствующем хроническом панкреатите.

8. В фазе ремиссии – терапия минеральными водами и (при отсутствии холангита), санаторно-курортное лечение.

рекомендуется употреблять минеральные воды следующих типов: «Ессентуки» № 17, «Ессентуки» (№ 4 , «Джермук», «Ижевская», «Смирновская», «Славяновская». Минеральные воды следует принимать за 20–30 минут до еды по 0,5-1 стакана 3–4 раза в день.

9. Физиотерапевтическое лечение: индуктотермия, УВЧ, иглорефлексотерапия, бальнеотерапия.

Показания для госпитализации пациента хирургическое лечение

- Хронический калькулезный холецистит является показанием для планового хирургического лечения – холецистэктомия. В настоящее время производят эндоскопическим способом.
- Обострение хронического (калькулезного) холецистита является показанием для экстренной госпитализации в хирургическое отделение. Наличие признаков деструктивного х. служит показанием к оперативному вмешательству с предварительным проведением дезинтоксикационной терапии.
- При отсутствии перитонеальных симптомов можно ограничиться консервативными мероприятиями: постельный режим, голод, холод на правое подреберье, спазмолитические средства и антибиотики широкого спектра действия.
- В случае неэффективности консервативной терапии в первые часы заболевания (5—12 ч) может возникнуть необходимость в холецистэктомии (ослабленным больным пожилого возраста, а также лицам, имеющим тяжелые сопутствующие заболевания, показана лапароскопическая холецистостомия).

Сроки ВН: при легкой форме 5-7 дней, средней тяжести 18-20 дней, тяжелой форме 28-30 дней.

Диспансеризация:

- 1-2 раза в год обследование у врача(ОАК, ОАМ, БАК, дуоденальное зондирование, по показаниям УЗИ, ФГДС, ректороманоскопия);
- санация полости рта и носоглотки;
- Санитарно-просветительная работа.

Профилактика:

- режим питания
- снижение массы тела путем субкалорийного питания (редуцированная диета), включения разгрузочных дней (молочно-творожные, фруктовые, овощные, овсяные, мясные),
- ежедневная утренняя гимнастика и достаточный двигательный режим в течение дня (ходьба, легкие виды спорта, плавание, лыжи, для пожилых - посещение групп оздоровления) способствуют пассажу желчи по билиарному тракту.

лечению воспалительных заболеваний органов брюшной полости, глистной и протозойной инвазии.

профилактика синдрома психо-эмоционального перенапряжения, приводящего к ослаблению регулирующего влияния ЦНС на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, сфинктерный аппарат и изменению коллоидных свойств желчи вследствие нарушения энтерогепатической циркуляции

The End