

Военно-медицинская академия
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ
ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Доц. Турдалиева С.А.

Санкт-Петербург

2016

Краткие исторические сведения

- **Гален** (131-201г.г. н.э.)- краткое изложение анатомии поджелудочной железы. Ввел термин поджелудочная железа. Pancreas – от греческого pan - весь, creas – мясо.
- **Везалий** (1514-1564) дал более подробное описание железы.
- 1642г. **Wirsung** открыл главный проток поджелудочной железы.
- 1720г. **Vater** изложил анатомическое строение дивертикула, располагающегося в месте впадения желчного протока в 12-перстную кишку.

Краткие анатомо-физиологические сведения

- **Поджелудочная железа** расположена в брюшной полости, лежит на уровне тел 1-2 поясничных позвонков позади желудка, от которого отделяется сальниковой сумкой.
- В среднем весит 80-100 г.
- Длина составляет 14-18 см, ширина 3-9 см, толщина 2-3 см.
- В железе выделяют головку, тело и хвост.
- Состоит из 2-х функционально различных частей: экзокринной и эндокринной. В экзокринной части (97-98% массы железы) вырабатываются пищеварительные ферменты. Эндокринная часть представлена группами эпителиальных клеток - инсулоцитов, скопления которых получили название панкреатических островков (островки Лангерганса).

Краткие анатомо-физиологические сведения

- В островковом эпителии выделяют 5 типов клеток: А-клетки, В-клетки, Д-клетки, Д1-клетки, РР-клетки.
- **А-клетки (альфа-клетки)** вырабатывают **глюкагон**, составляют 20-25% . Функция – стимулирует глюконеогенез, протеолиз, липолиз, секрецию инсулина β-клетками. Является контринсулярным гормоном.
- **В-клетки (бета-клетки)** секретируют **инсулин** и составляют основную массу клеток островка (70-75%). Универсальный гормон, обеспечивающий поступление глюкозы в инсулинзависимые ткани.

Краткие анатомо-физиологические сведения

- **Д-клетки (дельта-клетки)** вырабатывают **соматостатин** и составляют 5-10% . Соматостатин подавляет секрецию большинства известных гормонов, экзокринную функцию поджелудочной железы и моторику кишечника.
- **Д1- клетки** встречаются в островках в небольшом количестве, имеют гранулы, содержащие **вазоактивный интестинальный полипептид. ВИП** контролирует поступление жидкости в просвет кишечника и работу его сфинктеров
- **РР- клетки** вырабатывают **панкреатический полипептид**. Являются потенциальными ингибиторами панкреатической секреции.

Краткие анатомо-физиологические сведения

Функции поджелудочной железы:

- 1. Внешнесекреторная** – заключается в выделении в 12-перстную кишку панкреатического сока, содержащего ферменты (трипсин, липазу, мальтозу и т.д.), нейтрализуя тем самым кислое содержимое желудка и непосредственно участвуя в процессе переваривания пищи.
- 2. Внутрисекреторная** функция – выработка гормонов (инсулин, глюкагон, соматостатин и т.д.).

Краткие анатомо-физиологические сведения

Ферменты поджелудочной железы:

- 1. Протеолитические ферменты:** секретируются в неактивной форме в виде проферментов: трипсиноген, химотрипсиноген, эластаза, карбоксипептидаза (А и Б).

Трипсин расщепляет пептиды и белки. Продуцируется в виде неактивного трипсиногена, который активируется энтеропептидазой.

- 2. Липолитические ферменты:** *липаза*, фосфолипаза А и В, прокариоксиэстераза. Расщепляют липиды до триглицеридов, эфиров холестерина. *Липаза* вырабатывается в виде неактивной пролипазы. Под воздействием желчных кислот и ферментов переходит в активную форму.

- 3. Гликолитические ферменты – *амилаза*.** Расщепляет крахмал и гликоген до декстринов и мальтозы

Хронический панкреатит – хроническое, воспалительное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся прогрессирующей деструкцией паренхимы органа, замещением ее соединительной тканью с развитием вследствие этого экзокринной и эндокринной панкреатической недостаточностью.

Чаще болеют мужчины среднего и пожилого возраста.

Этиология ХП (1):

- **Интоксикация алкоголем**
- **Заболевания желчевыводящих путей:**
хр.холецистит, ЖКБ, дискинезии сфинктера Одди
- **Заболевания большого дуоденального сосочка:**
 - папиллиты (при дуоденитах и ЯБ)
 - дивертикулы и дивертикулиты ДПК вблизи Фатерова сосочка
 - опухоли Фатерова сосочка
 - стриктуры Фатерова сосочка
- **Язвенная болезнь**
 - реактивные изменения,
 - пенетрация

Этиология ХП (2):

Более редкие причины:

- **панкреотоксические лекарства** - иммунодепрессанты, антибиотики, сульфаниламиды, диуретики, непрямые антикоагулянты, индометацин, бруфен, парацетамол, глюкокортикостероидные гормоны, эстрогены,
- **инфекции** (в том числе вызванные вирусами гепатита В, С, эпидемического паротита и др);
- **гиперлипидемии,**
- сосудистые заболевания (ГБ, атеросклероз),
- болезни соединительной ткани
- нарушения обмена, недоедание
- **паразитозы** (описторхоз)

Фазы патогенеза

- 1-я фаза: воздействие активированного трипсина на интерстиций с повреждением сосудов, появлением кровоизлияний, образованием тромбов и отека железы.
- 2-я фаза: активация каликреин-кининовой системы, выработка кининов с вазоактивным действием (расширение сосудов и повышение их проницаемости), отек тканей ПЖ, рост давления внутри органа, нарушение дренажной функции. Активированная эластаза разрушает стенку капилляров, что приводит к геморрагическому некрозу железы, тромбофлебитам, кровотечению из пищеварительного тракта.
- 3-я фаза: жировой некроз ткани железы и в других органах – печени, почках, серозных оболочках.

Классификация

По этиологии:

Множественные факторы риска

- Алкоголь (наиболее частый фактор – 70% случаев):
- Никотин (курение способствует более тяжелому течению панкреатита)
- Нутритивные (пищевые) факторы
- Иммунологические факторы
- Метаболические факторы

Классификация

По клиническому течению:

- Болевой;
- Псевдотуморозный (псевдоопухолевый);
- Латентный (безболевой)
- Сочетанный

По фазе:

- Обострение
- Ремиссия
- Нестойкая ремиссия

По тяжести течения:

Легкое течение (обострения 1-2 раза в год);

- **Среднетяжелое течение** (обострения 3-4 раза в год)
- **Тяжелое течение** непрерывно рецидивирующее течение

Классификация

- *По клинической стадии:*
- 1 стадия – абдоминальная боль при отсутствии клинических проявлений панкреатической недостаточности
- 2 стадия – клинические проявления экзокринной или эндокринной панкреатической недостаточности
- 3 стадия – клинические проявления как экзокринной, так и эндокринной панкреатической недостаточности
- 4 стадия – выраженная панкреатическая недостаточность, боль может исчезать или значительно ослабевать

Классификация

- *По степени экзокринной (внешнесекреторной) недостаточности:*
- Легкая
- Умеренная
- Тяжелая
- *По степени эндокринной (внутрисекреторной) недостаточности*
- Нарушение толерантности к глюкозе
- Сахарный диабет

Классификация

- *Осложнения ХП :*
- Острый панкреатит и его непосредственные осложнения;
- Нарушение экзокринной функции поджелудочной железы (потеря веса, мальабсорбция и стеаторея);
- Нарушение эндокринной функции – сахарный диабет;
- Псевдокисты поджелудочной железы
- Механическая желтуха
- Компрессионный дуоденостаз, дуоденальный стеноз
- Рак поджелудочной железы

Основные клинические синдромы при хроническом панкреатите

- **Болевой абдоминальный синдром**
- Синдром желудочной диспепсии
- Синдром кишечной диспепсии
- Признаки нарушения внутрисекреторной функции ПЖ
- **Похудание (трофические нарушения)**
- **Астено-вегетативный синдром**

Особенности болевого абдоминального синдрома при ХП

Локализация:

- **Чаще всего:** в левом подреберье, слева от пупка – при поражении хвоста ПЖ
- в эпигастрии, над пупком – при поражении тела ПЖ.
- В правом подреберье, справа от пупка – при поражении головки ПЖ.
- **Нередко:** опоясывающего характера – при поражении всех отделов ПЖ.

Особенности болевого абдоминального синдрома при ХП :

Иррадиация:

- **Чаще** - левосторонняя: в левую лопатку, в спину слева, в левое плечо
- Реже правосторонняя – при поражении головки ПЖ

Характеристика боли:

- **Чаще** - умеренной интенсивности, «жгущая», схваткообразная
- Может быть слабой интенсивности, тупая, постоянная

Особенности болевого абдоминального синдрома при хроническом панкреатите

Условия возникновения:

- Провоцируется чаще употреблением жирной, жареной пищи, алкоголя (особенно при их сочетании)
- Характерны «ранние» боли, уже в самом начале еды

Условия купирования:

- Спазмолитические препараты (Но-шпа)
- Анальгетики

Особенности болевого абдоминального синдрома при ХП

Другие варианты болей:

- Боли по всему животу распирающего характера при внешнесекреторной недостаточности, сочетаются с метеоризмом, уменьшаются при отхождении газов
- Длительные, нередко – постоянные, мучительные боли различной интенсивности, плохо купирующиеся спазмолитиками – при отеке ПЖ (растяжение капсулы) или при ее склерозировании (попадание нервных окончаний в рубцовую ткань)

Особенности болевого абдоминального синдрома при ХП

Другие варианты болей:

- Опоясывающие боли из-за пареза поперечной ободочной толстой кишки
- Тупые тянущие боли в правом подреберье при холестазае, нередко сочетаются с желтухой
- Тупые боли, чувство переполнения в эпигастрии при хронической дуоденальной непроходимости

Синдром желудочной диспепсии при хроническом панкреатите:

- **Тошнота**, чувство тяжести, переполнения в эпигастрии
- **Рвота**
 - нередко многократная, мучительная
 - часто не приносит облегчения
- **Изжога, отрыжка**
- **Металлический привкус во рту**
- Снижение **аппетита** при обострении
- **Обильное слюноотделение**

Синдром кишечной диспепсии при ХП:

Проявляется снижением внешнесекреторной функции

- **Метеоризм** (вздутие живота, повышенное отхождение газов)
- Чувство **урчания, переливания в животе.**
- **Изменение характера стула**
 - неоформленный (кашицеобразный)
 - обильный
 - с жирным серым блеском, плохо смывается с унитаза
 - с остатками непереваренной пищи
 - частота - обычно 2-4 раза в сутки

Признаки нарушения внутрисекреторной функции при хроническом панкреатите:

- **На поздних стадиях заболевания** – симптомы сахарного диабета:
 - Жажда;
 - Полидипсия (выпивают много жидкости);
 - полиурия
- **В начале заболевания** могут наблюдаться эпизоды гипогликемии:
 - общая слабость,
 - потливость, чувство голода,
 - тремор конечностей.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Жалобы на:

1. Боль.
2. Снижение аппетита.
3. Отрыжку.
4. Рвоту.
5. Слюнотечение.
6. Похудание.

Физикальные данные при ХП

Общий осмотр:

- вынужденное положение - «поза сапожника»
- дефицит массы тела при внешнесекреторной недостаточности
- симптом Тужилина - мелкие рубиновые пятна (капли кровавой росы)
- сухость кожи, снижение ее тургора
- ломкость волос и ногтей
- **редко** - желтушность кожи и слизистых оболочек
- снижение мышечной массы
- отеки при гипоальбуминемии

Физикальные данные при ХП

Исследование ССС и ДС: изменений нет

Исследование брюшной полости:

- **местный осмотр**

- вздутие живота (за счет метеоризма)
- симптом Тужилина

- **пальпация по Гротту:**

- на спине с валиком под поясницей
- на правом боку
- стоя, наклонившись вперед

Физикальные данные при хроническом панкреатите

Поверхностная пальпация:

- Может быть небольшое напряжение мышц передней брюшной стенки в проекции ПЖ

Проникающая пальпация: болезненность в точках

- Мейо-Робсона (хвост ПЖ)
- Кача (тело ПЖ)
- Треугольник Шоффара (головка ПЖ)
- Правосторонний френикус-симптом

Критерии верификации предварительного диагноза ХП:

- Характерный болевой синдром
 - ранние боли левосторонней локализации,
 - провоцируются жирной пищей
 - купируются спазмолитиками
- Синдром кишечной диспепсии
- Болезненность при пальпации точек ПЖ

Общеклинические анализы:

- **Крови:** в период обострения может быть ускорение СОЭ, небольшой лейкоцитоз;
- **Мочи:** изменений нет.
- **при биохимическом анализе мочи в период обострения –** повышение активности амилазы (норма – до 32 Ед.)

Анализ кала - копрограмма:

Признаки панкреатической диспепсии -

- **Стеаторея**: нейтральный жир
- **Креаторея**: мышечные волокна
- **Амилорея**: свободный и внутриклеточный крахмал

Биохимический анализ крови :

- **Феномен «уклонения ферментов»** в период обострения: трипсин↑, липаза↑, амилаза↑.
- **Острофазовые показатели** в период обострения: фибриноген↑, СРБ↑, α_2 - и γ -глобулины↑
- **Нарушение внутрисекреторной функции:** глюкоза↑, глюкозотолерант-ный тест.

Биохимический анализ крови

поиск осложнений:

- **Холестаз:** прямой билирубин↑, γ -ГТП↑ (γ - глутамилтранспептидаза), ЩФ↑ (щелочная фосфатаза), ЛАП↑ (лейцинаминопептидаза), холестерин↑
- **Реактивный гепатит** – билирубин↑, АлАТ↑, АсАТ↑
- При выраженном синдроме мальабсорбции – **снижение уровня альбумина**

УЗИ органов брюшной полости

- Изменение размеров ПЖ
 - вначале - увеличение за счет отека,
 - позднее - уменьшение (склерозирование)
- Повышение эхоплотности ПЖ, неоднородность ее структуры (замещение паренхимы ПЖ соединительной тканью)
- Неровный контур ПЖ
- Деформация Вирсунгова протока
- Псевдокисты, кальцинаты

УЗИ органов брюшной полости

- Поиск заболеваний желчевыводящих путей, как причины ХП
поиск осложнений
- кисты, абсцессы ПЖ, перипанкреатит
- холестаза: расширение холедоха, большой растянутый желчный пузырь
- подпеченочная портальная гипертензия
- **Диф.диагностика с раком ПЖ**

Инструментальные исследования

- *Эндосонография*

(очень высокая разрешающая способность, возможность выполнить биопсию и ультразвуковую эластографию, самый точный метод)

- *Компьютерная томография(КТ)*

(в целом предпочтительнее, чем более инвазивная и потенциально опасная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография)

Инструментальные исследования

- **Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография**
(золотой стандарт диагностики ХП, сейчас метод второй очереди)
- **Магнитно-резонансная томография, МР-холангиопанкреатография**
(альтернатива КТ, особенно при непереносимости Rg-контраста)
- **Общие признаки панкреатита для разных способов визуализации: дилатация и неравномерность протоков, их обструкция, наличие полостей (кист), кальцинатов, фиброза**

Критерии верификации окончательного диагноза ХП:

- характерный болевой абдоминальный синдром в сочетании с синдромом кишечной диспепсии
- болезненность точек ПЖ при пальпации
- феномен уклонения ферментов ПЖ в кровь
- изменение размеров, увеличение плотности, неоднородность структуры ПЖ при УЗИ и КТ
- стеаторея, креаторея и амилорея в копрограмме

формулировка диагноза:

- **Структура диагноза:**
- 1. Название болезни
- 2. Этиология (если известна)
- 3. Клиническое течение
- 4. Тяжесть течения (при латентном течении тяжесть устанавливается по выраженности структурных изменений поджелудочной железы (Марсельско-Кембриджская классификация),
- 5. Клиническая стадия
- 6. Фаза течения
- 7. Осложнения: (перечислить), указать степень экзо-и или эндокринной недостаточности, диабет (если имеется) и целевой уровень гликемии

Примеры формулировки диагноза

- Хронический панкреатит, болевой, течение средней тяжести, стадия I, фаза обострения.
- Хронический панкреатит, идиопатический, латентный, течение средней тяжести, стадия II. Осложнение: панкреатический сахарный диабет.
- Хронический панкреатит, алкогольный, псевдотуморозный, тяжелое течение, стадия III, фаза обострения. Осложнения: механическая желтуха; умеренная экзокринная недостаточность; панкреатогенный сахарный диабет.
- Хронический панкреатит, алкогольный, болевой, тяжелое течение, стадия IV. Фаза ремиссии. Осложнения: тяжелая экзокринная недостаточность (кахексия); панкреатогенный сахарный диабет.
-

Основные направления терапии хронического панкреатита:

- Создание функционального покоя ПЖ
- Снижение давления в протоковой системе
- Подавление активности панкреатических ферментов
- Заместительная терапия при нарушении функции ПЖ
- Устранение дисбактериоза

Лечение : создание функционального покоя ПЖ

- **Диета: №5п по Певзнеру**
 - В первые несколько дней – возможен голод (при высокой активности)
 - Частое дробное питание
 - Исключить алкоголь
 - Ограничение по жирам и мясным продуктам
 - Ограничение по веществам, стимулирующим желудочную секрецию
 - Не есть на ночь

Лечение: создание функционального покоя ПЖ:

- **Лекарственная терапия:**
 - Ингибиторы желудочной секреции:
 - H_2 -гистаминовые блокаторы (фамотидин),
 - ингибиторы протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол)
 - Антациды (альмагель, фосфалугель)
 - М-холинолитики (атропин)
 - Антагонисты кальция (галидор)

Лечение : снижение давления в протоковой системе поджелудочной железы

- **Спазмолитические препараты:**
 - Миотропные спазмолитики (Но-шпа, Дюспаталин, Дицетел)
 - М-холинолитики (Атропин)
 - Антагонисты кальция (Галидор)
- **Хирургическое лечение (по показаниям):**
 - Операции на Фатеровом сосочке

Лечение ХП :

- **Заместительная терапия ферментами препаратами на основе панкреатина:**
 - **Панкреатин, Мезим-форте,**
 - **Панцитрат, Креон микрогранулы**
- **избегать назначения препаратов с желчными кислотами (Фестал и др.)**

Лечение ХП :

- **Назначение ингибиторов протеолиза:**
Гордокс, Контрикал, Трасилол,
ε-аминокапроновая кислота
- **Анальгетики**
- **Мочегонные препараты**
- **Коррекция нарушений микробиоценоза:**
 - интетрикс
 - эубикор

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- **Хронический холецистит** – хроническое воспаление желчного пузыря, нередко приводящее к фиброзным изменениям его стенок, сморщиванию желчного пузыря и нарушению его функции.
- Острый холецистит чаще возникает при наличии камней в желчном пузыре, первичном нарушении кровообращения в стенке пузыря.

Классификация

По наличию или отсутствию камней:

- Калькулезный*
- Некалькулезный

По фазе течения:

- Обострение
- Ремиссия

Осложнения:

- острый холецистит
- водянка желчного пузыря
- эмпиема желчного пузыря
- прободение желчного пузыря (перитонит)
- пенетрация камней в желудок и двенадцатиперстную кишку)
- механическая желтуха
- холангит

Холецистит – распространенное заболевание, которым страдает от 10 до 15% взрослого населения. Женщины болеют значительно чаще, чем мужчины. Некалькулезный холецистит составляет 15% всех случаев, калькулезный – 85%. Некалькулезным холециститом болеют люди молодого возраста, калькулезным – среднего и пожилого возраста, часто имеющие избыточный вес.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Чаще болеют женщины среднего и пожилого возраста.

«5 F»:

- female, fair, fat, forty, fekund

(женщины, светлые, тучные, за сорок, многодетные)

ЭТИОЛОГИЯ

Основной причиной развития некалькулезного холецистита является инфекция, калькулезного холецистита – нарушение метаболизма холестерина и желчных кислот, инфекция у них развивается на более поздних этапах.

Микробы высеваются из стенки желчного пузыря у 20-40% больных холециститом, чаще всего это кишечная палочка, реже энтерококки, стрептококки, клебсиеллы, клостридии.

В 10% случаев причиной хронического холецистита являются вирусы гепатита В, редко простейшие и гельминты (лямблии, печеночная двуустка).

Предрасполагающие факторы:

- нерегулярное питание
- нервно-психическая травматизация, приводящая к дисфункции вегетативной нервной системы
- гиподинамия, запоры
- беременность
- нарушения обмена веществ (ожирение, сахарный диабет, атеросклероз)
- заболевания органов пищеварения (гепатит, панкреатит, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит и др.)
- образование литогенной желчи, холелитиаз
- дуоденальная и билиарнопанкреатическая гипертензия.

Патогенез

Инфекция попадает в желчный пузырь тремя путями:

1. Восходящий — из кишечника, этому способствуют гипо- и ахлоргидрия, нарушения сфинктера Одди, дискинезия желчного пузыря по гипотонически-гипокинетическому типу, дуоденостаз.
2. Нисходящий (гематогенный) — из большого круга кровообращения по печеночной артерии или из кишечника по воротной вене.
3. Лимфогенный — при аппендиците, воспалительных заболеваниях женской половой сферы, пневмонии и нагноительных процессах в легких.

Основные патогенетические механизмы:

1. Эндокринные факторы (эстрогены приводят к повышению уровня холестерина желчи и снижению пула хенодезоксихолевых кислот)
2. Состояние нервной системы (длительные эмоциональные напряжения, гиподинамия и т. д.)
3. Наследственность – повышенная выработка фермента, который обуславливает интенсивность синтеза холестерина в гепатоцитах и недостаточную активность фермента 7-а-гидроксилазы, вызывающей превращение холестерина в желчные кислоты

4. Инфекция (эшерихия коли, кокки и др.) Под влиянием микробных ферментов хенодезоксихолевая кислота превращается в литохолевую, которая не образует мицелл и способствует кристаллизации холестерина; инфекция способствует сращиванию эпителия – образование центров кристаллизации
5. Ослабление регулирующего влияния ЦНС на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, сфинктерного аппарата
6. Алиментарный фактор – нерегулярное питание с большими интервалами между приемами пищи, обильная еда на ночь особенно жирной пищи.
7. Состав слизи желчного пузыря

Эволюция болезни включает следующие стадии:

- 1) перенасыщение желчи холестерином;
- 2) образование центров кристаллизации;
- 3) гипокинезия желчного пузыря;
- 4) калькулез.

Состав и литогенность желчи

- ✓ вода - до 95%
- ✓ холестерин
- ✓ фосфолипиды (лецитин)
- ✓ соли желчных кислот (холаты)
- ✓ билирубин
- ✓ белок (муцин)

Фосфолипиды
Холаты

Холестерин
Билирубин
Белок

1. Нарушение обмена веществ -

А) *жирового обмена* (

↓ холаты + ↓ лецитин / ↑ холестерин

Причины - ожирение, гиперлипидемия, жирная пища, сахарный диабет, прием эстрогенов, клофибрата, никотиновой к-ты, болезнь Крона, резекция тонкой кишки.

Б) *пигментного обмена* -

↑ билирубин

Причины- цирроз печени, хроническая гемолитическая анемия.

2. Застой желчи

Причины - ДЖВП, врожденные аномалии ЖВП, рубцы, спайки.

3. Воспаление

Причины – 1. избыточная секреция белка,

2. продукция бактериями β-глюкуронидазы (*трансформирующая конъюгированный билирубин в неконъюгированный*).

Виды желчных камней



1. **Холестериновые (желтые)** - 95% холестерина.
2. **Пигментные (билирубиновые - черные)** - билирубиновая известь более 70%.
3. **Смешанные (холестерино-пигментно-известковые)** - преимущественно из холестерина.
4. **Известковые** - углекислая известь до 50%.

КЛИНИКА

Проявляется у 10% больных. Симптоматика
зависит от:

- количества камней,
- их размеров,
- расположения (шейка ЖП, пузырный проток)
- активности воспаления,
- функционального состояния ЖВП.
- характером возникших осложнений.

Клиническая картина калькулезного и некалькулезного холецистита во многом схожа и проявляется болями в правом подреберье, симптомами диспепсии и интоксикационного синдрома.

Клиническая картина хронического холецистита

- 1. Правоподреберный болевой синдром.**
- 2. Диспепсический синдром.**
- 3. Воспалительно- интоксикационный синдром.**
- 4. Астеновегетативный синдром.**
- 5. Холестатический синдром.**

Клинические формы хронического холецистита

- 1. Латентная**
- 2. Рецидивирующая**
- 3. Персистирующая**

Болевой синдром

Особенности болевого синдрома при бескаменном холецистите:

- - Боли локализуются в правом подреберье;
- - Иррадиируют в правую лопатку, реже в правую половину грудной клетки;
- - По характеру – тупые;
- - Могут беспокоить постоянно или возникают нечасто;
- - Продолжительность от нескольких минут или часов до нескольких дней;
- - Обусловлены нарушением диеты, инфекцией, волнением

Болевой синдром

Особенности болевого синдрома при каменном холецистите:

- - Боли приступообразные, интенсивные, с транзиторной желтухой, по типу печеночной колики;
- - Чаще болеют люди пожилого возраста, среди которых преобладают женщины с ожирением и другими обменными заболеваниями (сахарный диабет, мочекаменная болезнь);
- - провоцируются приемом жирной, жареной пищи

клиника

2. Диспептический синдром - отрыжка горечью, горечь во рту, тошнота метеоризм, распираение в верхней половине живота, запоры и/или диарея. Может быть рвота, которая при атонии ЖП уменьшает боль и чувство тяжести в правом подреберье.

клиника

3. Воспалительно-интоксикационный синдром - лихорадка, потливость, озноб.

Субфебрильная температура - при катаральном воспалении

Фебрильная температура - при деструктивных процессах

Гектическая температура - гнойные осложнения (эмпиема ЖП, абсцесс печени).

клиника

4. Астено-вегетативный синдром - слабость, быстрая утомляемость, эмоциональная лабильность.

Холестатический синдром - желтуха, зуд, гипербилирубинемия, повышение уровня щелочной фосфатазы.

При осмотре можно выявить желтуху, вызванную обтурацией общего желчного протока камнем.

Пальпация позволяет выявить резистентность брюшной стенки и болезненность в правом подреберье, увеличенный желчный пузырь (**симптом Курвуазье**), увеличение размеров печени.

Болевые точки

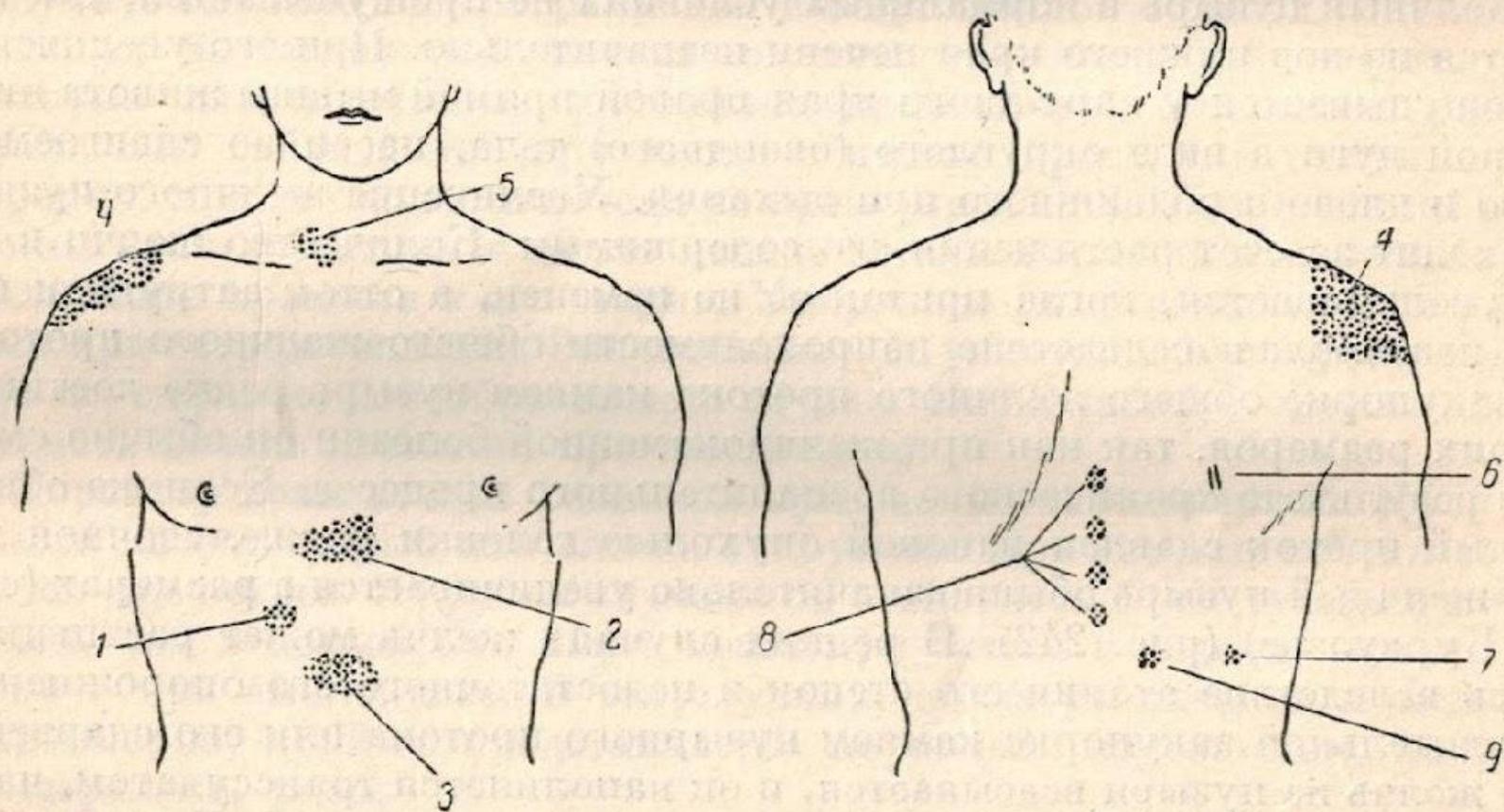


Рис. 243. Болевые точки при заболеваниях желчного пузыря.

1 — пузырная точка; 2 — эпигастральная зона; 3 — коледохо-панкреатическая зона; 4 — зона в области прос. acromion; 5 — точка п. phrenici; 6 — лопаточная точка; 7 — точка у конца XII ребра; 8 — точки у VIII—XI грудных позвонков; 9 — точка правее XII грудного позвонка.

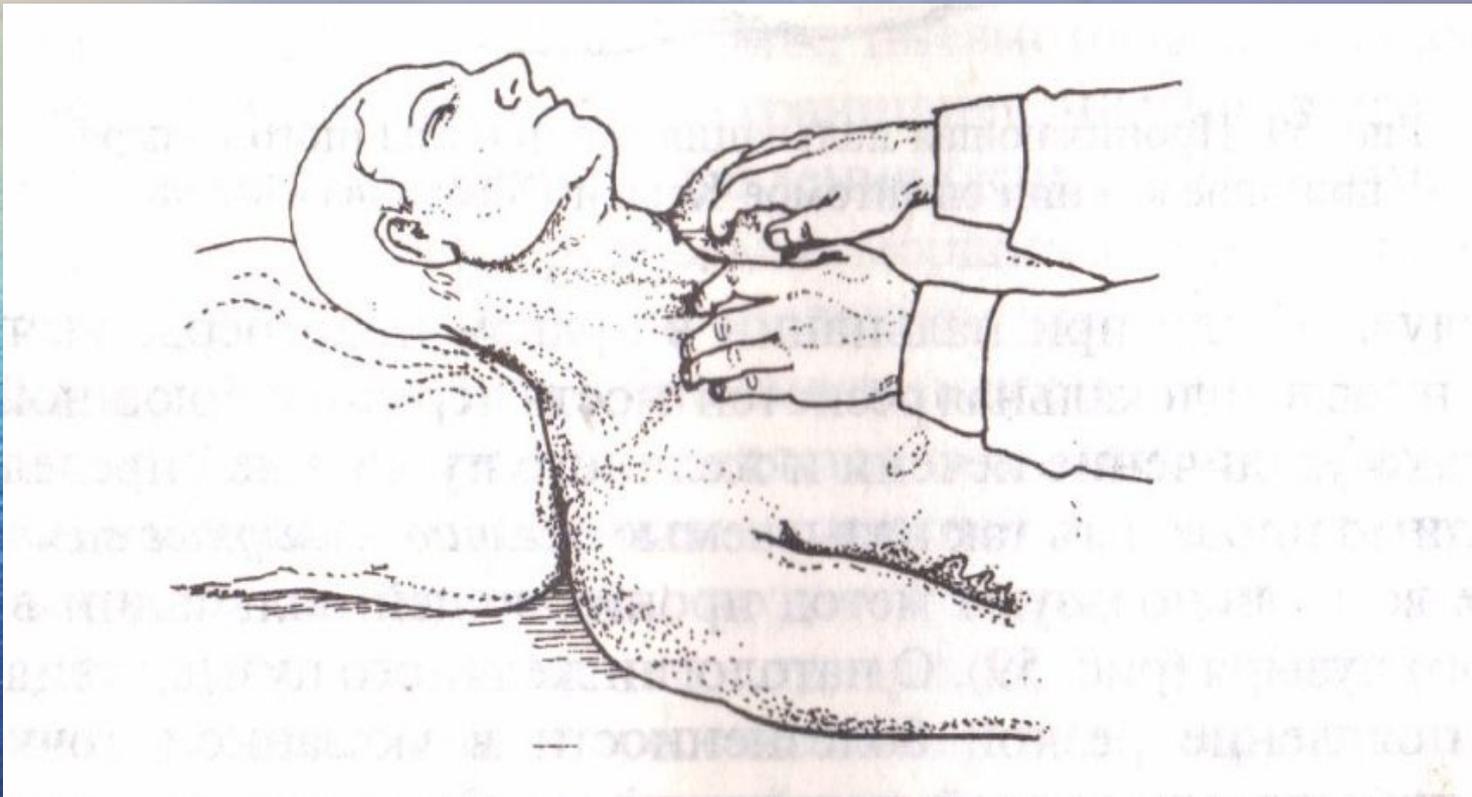
Для хронического холецистита характерен целый ряд симптомов:

- Симптом **Кера** – болезненность при пальпации желчного пузыря на вдохе.
- Симптом **Мерфи** – задержка дыхания из-за острой боли, возникающей в момент контакта пальцев врача с желчным пузырем при пальпации.
- Симптом **Грекова-Ортнера** – появление боли при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.
- Симптом **Лепене-Василенко** – болезненность в правом подреберье при поколачивании.
- Симптом **Георгиевского-Мюсси** – болезненность справа при надавливании между ножками кивательной мышцы.

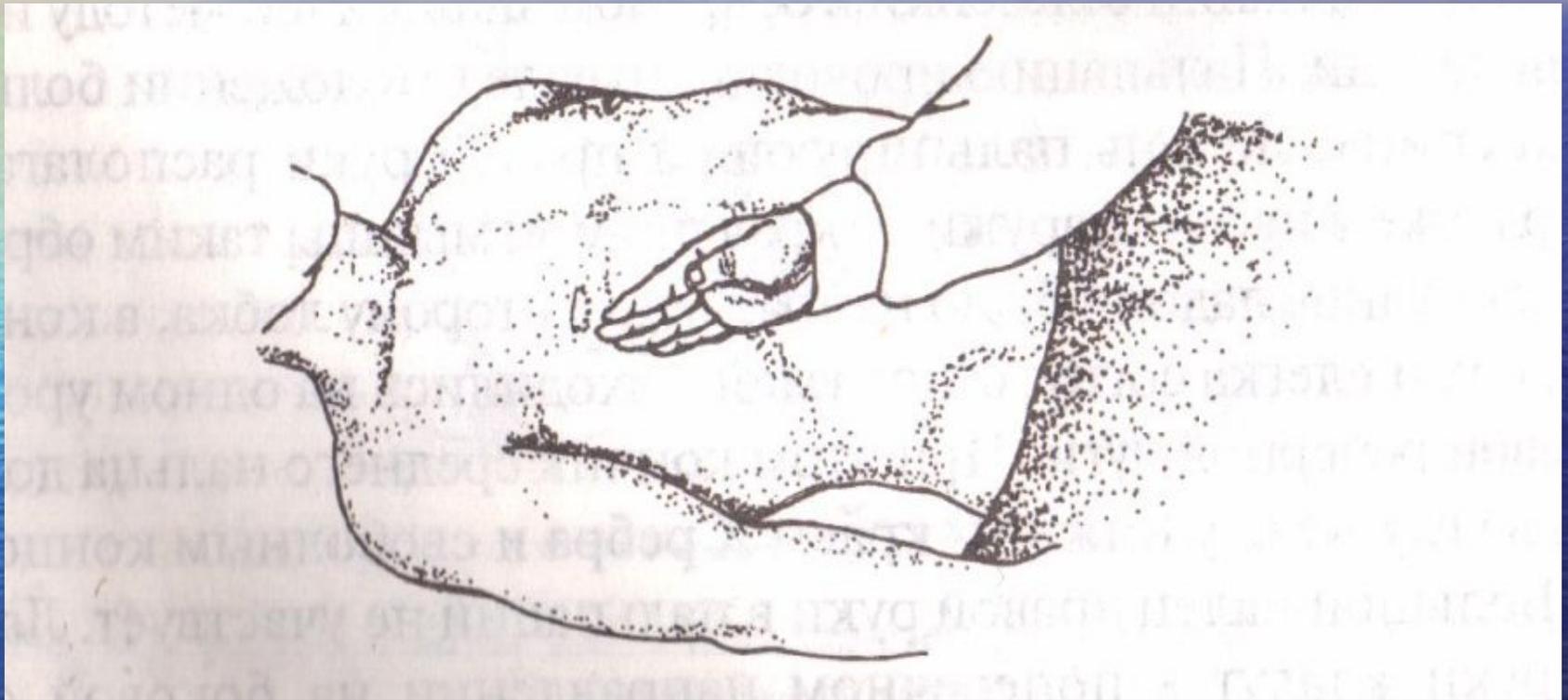
Проникающая пальпация в точке желчного пузыря при определении симптомов Кера и Образцова-Мерфи



Определение симптома Мюсси (френикус-симптома)



Определение симптома Грекова-Ортнера



Лабораторные исследования:

Исследование крови:

- Лейкоцитоз, ускорение СОЭ (при обострении).
- Гипербилирубинемия
(умеренная при обострении, резкая - при холестазах, холангите),
- Повышение уровня трансаминаз: АсАТ, АлАТ (при обострении)
- Повышение острофазовых показателей: СРБ, сиаловые кислоты, фибриноген (при обострении)
- Повышение уровней щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы (ГГТП), холестерина (при холестазах - механическая желтуха, холангит)

Лабораторные исследования:

Исследование мочи:

- Появление желчных пигментов в моче при отсутствии уробилиногена (механическая желтуха),

Исследование кала:

- Обесцвечивание кала (механическая желтуха).

Дуоденальное зондирование (при некалькулезном холецистите):

- Много слизи и лейкоцитов в пузырной желчи (порция В)
- Обнаружение паразитов в дуоденальном содержимом (редко)

Дуоденальное зондирование:

- Порция В (пузырная желчь) при воспалении бывает мутной, с хлопьями и слизью
- Получение пузырной желчи в количестве более 50-60 мл указывает на застойные явления в желчном пузыре и косвенно свидетельствует о его двигательных расстройствах
- Повышение концентрации литохолевой кислоты
- Увеличение уровня билирубина в желчи в 2–3 раза
- Снижение холато-холестеринового коэффициента. При воспалении — его значение меньше 6, при норме — 9–10.

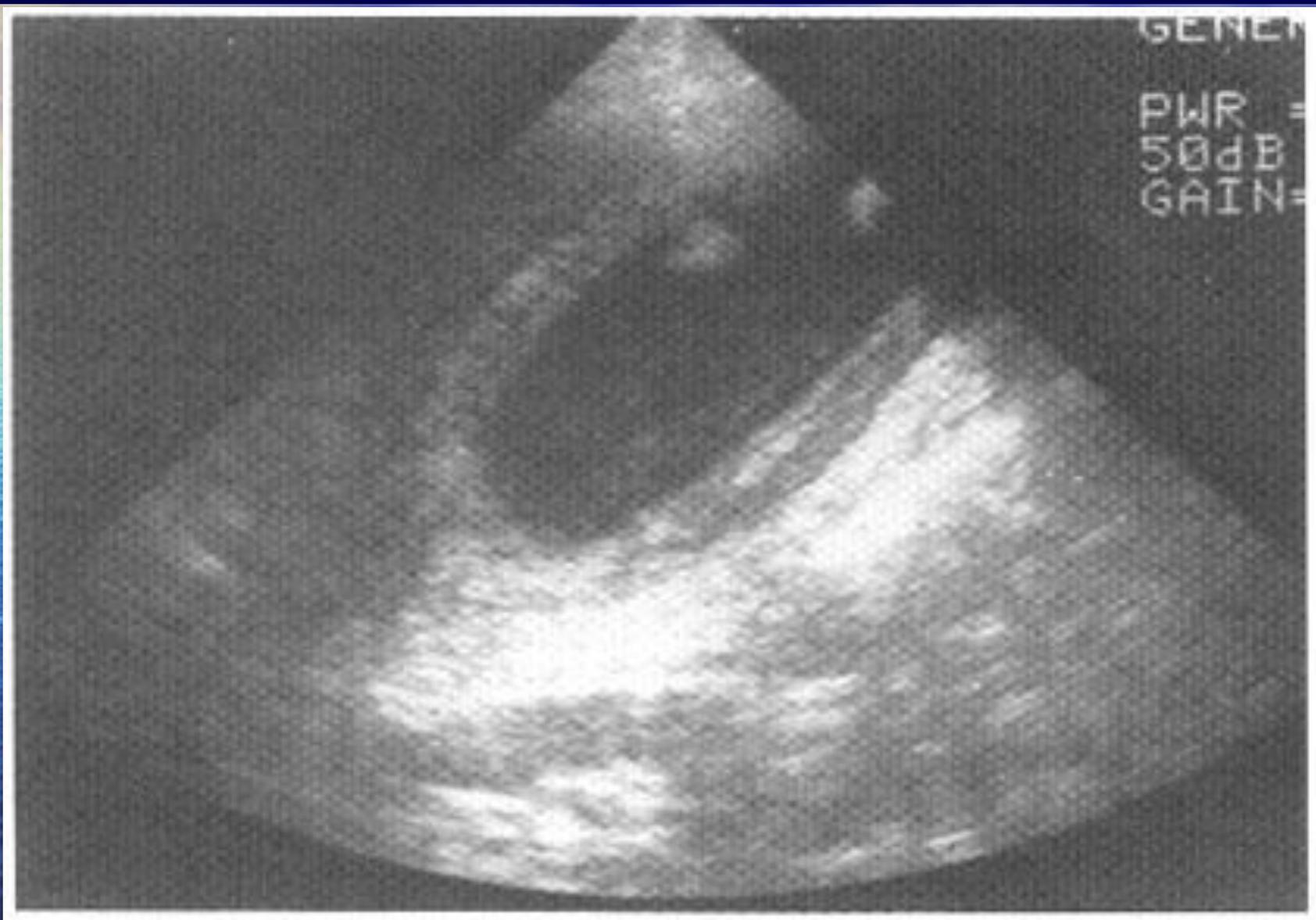
Инструментальные исследования:

- ***Ультразвуковое исследование желчного пузыря:***
- Изменения объема желчного пузыря (уменьшение в результате сморщивания; увеличение из-за нарушения оттока желчи - водянка, эмпиема)
- Изменения стенок пузыря (неравномерное утолщение стенок или их кальциноз - «фарфоровый» желчный пузырь)
- Наличие в полости пузыря и холедохе камней, замазкообразной желчи, эхогенной взвеси.
- Расширение холедоха и желчных путей (обтурация камнем)
- Изменения моторики пузыря
- ***Другие лучевые исследования:***
- Выявление рентгенконтрастных камней при обзорной рентгенографии

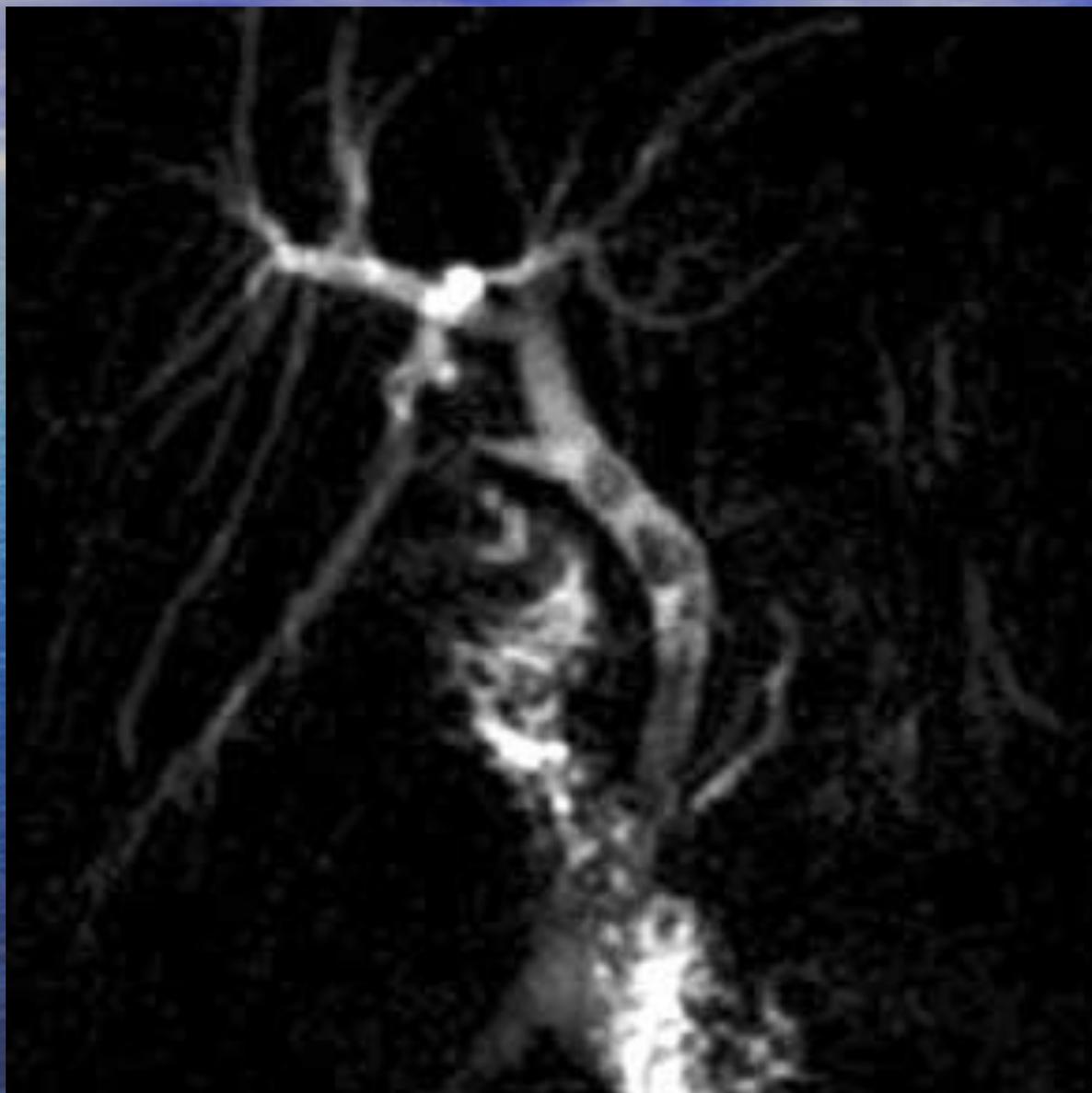
Эхографические признаки:

- диффузное утолщение стенок желчного пузыря более 3мм и его деформации;
- уплотнение и/или слоистость стенок органа;
- уменьшение объема полости органа (сморщенный желчный пузырь);
- "негомогенная" полость желчного пузыря.
 - **Рентгенологические признаки (холецисто-холангиография):**
 - замедление накопления контраста,
 - замедление опорожнения,
 - наличие деформации контуров.

Утолщение стенки ЖП (острый холецистит)



Камни в желчных протоках (МРТ)





Обзорная Rtг-графия
брюшной полости –
**«фарфоровый
желчный пузырь»**
(желчный пузырь с
кальцинированными
стенками)



Критерии диагностики

- Типичные клинические проявления (боль в правом подреберье, диспепсия, связанные с погрешностями в питании, приступы желчной колики, характерные симптомы при обследовании живота)
- Признаки структурных изменений желчного пузыря и желчных ходов по данным ультразвукового или других методов визуализации (камни, неравномерное утолщение или кальциноз стенки, признаки сморщивания желчного пузыря)

Формулировка диагноза

- *Примеры:*
- Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит.
- Осложнение: эмпиема желчного пузыря.
- Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, фаза ремиссии. Осложнение: водянка желчного пузыря.
- Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, фаза обострения. Осложнение: холедохолитиаз, механическая желтуха.
- Хронический некалькулезный холецистит, фаза обострения.
-

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Неосложненные холециститы лечатся терапевтическими методами, осложненные – хирургическими.

Цели лечения:

- *Купирование симптомов заболевания*
- *-Подавление инфекции и воспаления, восстановление функции желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей*
- *-Предупреждение развития обострений и осложнений заболевания*

Лечение

Терапевтическое лечение:

- диета №5,
- **Антибиотики** (антибиотики, действующие на грам-отрицательную флору кишечника: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны, тетрациклины, нитрофураны и пр.)
- **холинолитики** (атропин, платифиллин), спазмолитики (папаверин, дротаверин),
- анальгетики (анальгин, баралгин),
- **желчегонные** (холосас, аллохол, холензим)
- **противопаразитарные средства** (в зависимости