

**«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»**

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**КЛИНИЧЕСКАЯ
СИМПТОМАТОЛОГИЯ
ХОЛЕЦИСТИТОВ,
ХОЛАНГИТА**

Доктор медицинских наук, профессор,
Заслуженный деятель науки РФ, академик РАМТН

ХЕТАГУРОВА ЗАРА ВЛАДИМИРОВНА

Вступление

Заболевания печени и желчных путей привлекают к себе все большее внимание.

Взросла значимость этой проблемы как пограничной с современной хирургией области, увеличилось и число оперативных вмешательств.

Особое внимание привлекает к себе печень как большой орган, доступный клиническому обследованию, а также пункционной биопсии, спленокартографии.

- Болезни желчного пузыря и желчных путей занимают значительное место также в общей системе терапевтических заболеваемости.
- Демонстрация больной

- Жалобы,
- анамнез,
- объективные данные, особенные случаи, женщ. возраст, типичное начало
- Патологический синдром:
- Данные дополнительного изучения.
- Диагноз, план обслед.
- Дифференциальный диагноз.

■ По статистическим материалам стационаров больные, страдающие заболеваниями желчного пузыря по отношению ко всем терапевтическим больным составляли 3,3%.

■ Этиологическим моментом холециститов является инфекция, однако выявить специфического возбудителя не удастся.

■ Большое значение придавалось кишечной палочке — «большого паразита желчных путей», однако последнее время несколько потеряло свою значимость, потому что высеваемая из желчи микрофлора обычно оказывается смешанной. Но не менее чем при 1/л всех случаев холециститов желчь оказывается стерильной. Следует иметь ввиду возможность вирусных поражений желчного пузыря.

- По данным И.В.Давыдовского холецистит относится к группе аутоинфекций, при которых заболевание возникает только в том случае, если раздражитель встречается во внутренней среде организма соответствующую раздражимость, т.е. способность к реагированию.
- В этой связи становится понятной этиологическая роль таких заболеваний, как грипп, ангина, ревматизм, малярия и т.д.

- Холециститы могут возникать после болезни Боткина, когда поражение желчного пузыря обусловлено не только вторичной бактериальной инфекцией, но и самим вирусом гепатита.
- В литературе приводятся случаи холециститов после брюшного тифа. Описаны случаи аллергической природы холециститов с возможной эозинофильной инфильтрацией стенок желчного пузыря.

Патогенез.

- Инфекция распространяется тремя путями по желчным ходам:
 - 1) восходящий (энтерогенный),
 - 2) нисходящий (гематогенный) и
 - 3) лимфогенный.
- При **восходящем пути** инфекция распространяется из нижнего отдела общего желчного протока по направлению к печени, как только прекращается ток желчи.

- Наступает резкое расширение желчного протока, просвет которого становится равным просвету толстой кишки, развивается воспаление слизистой фатерова соска, застой желчи, поражение внутрипеченочных желчных ходов.
- **Нисходящий путь** связан с распространением инфекции, по кровеносному руслу из миндалин. Бактерии попадают в желчный пузырь инфицируя главным образом его стенку.

■ **Лимфогенный путь** распространения инфекции связан с инфицированием желчного пузыря из воспаленного червеобразного отростка. Но связь воспаления и холецистита не исчерпывается распространением инфекций. Вероятно поражение нервных окончаний червеобразного отростка с вовлечением в процесс солнечного сплетения может вести к профилактическим нарушениям иннервации желчного пузыря.

- Немалое значение имеет состояние местных тканевых структур и нервно-регуляторных аппаратов, например, состояние стенки желчного пузыря при гипертонической болезни, узелковом периартериите, атеросклерозе сосудов брюшной полости.
- Согласно современным данным холециститы рассматривают с точки зрения иммуногенеза, в основе которого лежит изменение резекторных приборов желчного пузыря, которые реагируют повышено на поступающие нервные и гуморальные раздражения, что ведет к возникновению сосудистых и тканевых расстройств.
- **Таким образом,** патогенез холециститов весьма сложен и включает ряд факторов, в частности, состояние реактивных систем, аллергию, нарушение нервных аппаратов, регулирующих моторику пузыря и трофику тканей.

Холециститы различают:

- первичные и
- вторичные или сопутствующие.

К **первичным** относят все заболевания желчного пузыря инфекционного, паразитарного и аллергического происхождения, кроме тех, которые обусловлены первичным заболеванием желудка и 12-перстной кишки, язвенная болезнь, гастрит и обозначаются как **вторичный холецистит**

По клиническому течению:

- острые и
- хронические
- Нередко процесс распространяется на желчные ходы, что позволяет говорить в таких случаях не о холецистите, а о ангиохолецистите, т.е. процесс охватывает разные части общей системы.

В воспалительный процесс включаются и печеночные желчные ходы и тогда холецистит сопровождается холангитом. Иногда у отдельных больных удается установить преимущественное поражение либо желчного пузыря, либо желчных ходов.

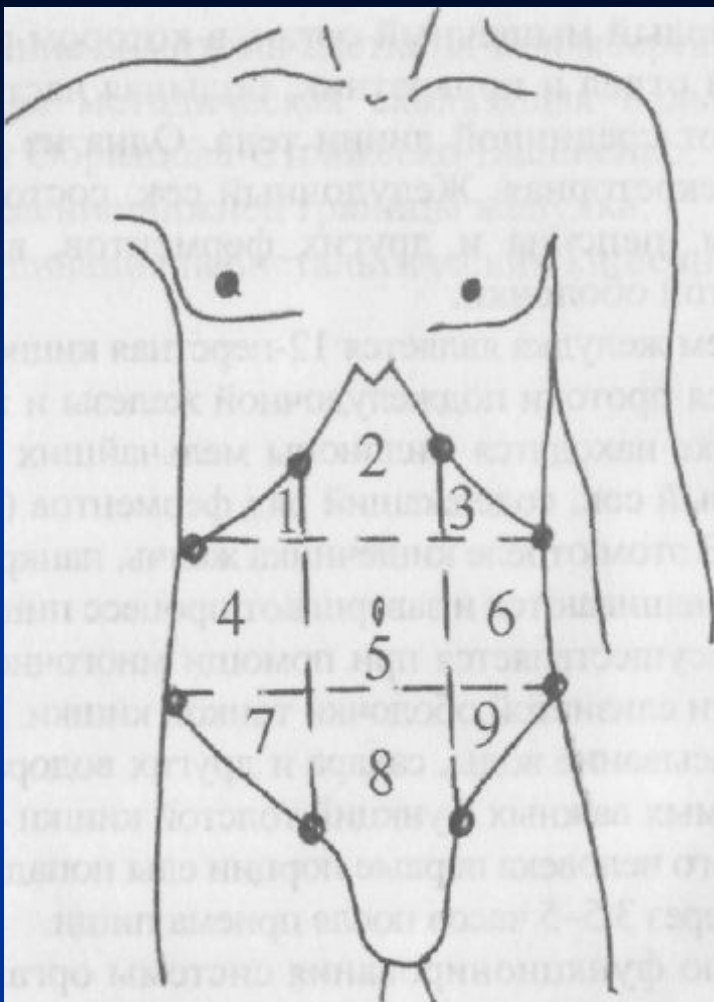
Острый холецистит

- При остром холецистите поражение не ограничивается только слизистой оболочкой желчного пузыря, а охватывает всю его систему. Возникает гиперемия и отек стенки пузыря, слущивание эпителия, увеличение количества лейкоцитов, пузырь растянут, брюшинный покров его гиперемирован и напряжен. Вокруг него образуются рыхлые спайки.
- В зависимости от вирулентности инфекции и реактивности организма холецистит может принять катаральный, флегманозный и гангренозный характер.

Клиника

- Острый холецистит начинается бурно.
- Основным проявлением его является **сильные боли в правом подреберье** с иррадиацией в правую половину тела, плечо, шеи. Боли обусловлены растяжением желчного пузыря, значительным повышением в нем давления и нарушением оттока желчи по пузырному протоку, а также воспалительным отеком стенки пузыря.
- **Температура** увеличивается до 38-39 С,
- озноб.

- При остром катаральном холецистите боли менее интенсивные, чем при гнойном, когда быстро развивается раздражение брюшины.
- Астении почти отсутствуют, часто их беспокоит жажда, тошнота, рвота.
- Объективно: язык сухой, обложенный. Живот вздут, брюшные мышцы напряжены.



- 1** – правое подреберье;
- 2** – собственно эпигастральная область;
- 3** – левое подреберье;
- 4 и 6** – правая и левая околопупочные области
- 5** – пупочная область;
- 7 и 9** – правая и левая паховые области;
- 8** – надлобковая область

**Топографические
зоны живота:**



Желчный пузырь локализуется в области пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой реберной дуги или, точнее, с найденным ранее нижним краем печени **(точка Кера)**.

Желчный пузырь в норме не прощупывается.



Он пальпируется при его увеличении:

- 1) при холецистите, в том числе калькулезном;
- 2) при водянке желчного пузыря, развивающейся у больных с закупоркой пузырного протока камнем;
- 3) при раке головки поджелудочной железы;
- 4) при опухоли желчного пузыря (редко).

**Определение
симптома
Кера.**

Симптом Мерфи —

значительное усиление боли на вдохе при глубоком погружении пальцев правой руки врача в области желчного пузыря. При этом больной находится в положении сидя, а исследующий сзади от пациента.

Симптом Мерфи аналогичен симптому Кера и чаще всего выявляется при холециститах



Определение симптома Мерфи.



Определение симптома Ортнера.

Симптом Ортнера — болезненность при поколачивании локтевой частью кисти по правой реберной дуге при задержке дыхания больного на вдохе. Такая болезненность при сотрясении области печени и желчного пузыря (положительный симптом Ортнера) может выявляться как при поражении желчного пузыря (холециститах, Желчнокаменной болезни), так и при различных заболеваниях печени, сопровождающихся увеличением этого органа и растяжением капсулы печени (например, при гепатитах, циррозах).



Симптом Лепене —

болезненность при легком поколачивании ребром ладони в области правого подреберья.

Диагностическое значение этого симптома то же. Что и симптома Ортнера.

Симптом Лепене



СИМПТОМ МЮССИ

Симптом Мюсси (правосторонний френикус-симптом) — болезненность при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосиевидной мышцы у верхнего края ключицы, при этом боль иногда иррадирует в правое плечо, правую руку и область правого подреберья. Положительный симптом Мюсси выявляется при различных заболеваниях желчного пузыря и печени в тех случаях, когда в патологический процесс вовлечена область диафрагмы и диафрагмального нерва.

- При умеренном напряжении живота определяется увеличенный желчный пузырь. Печень изменяется мало. Она увеличивается при тяжелой общей инфекции и интоксикации. Болезненность в холедохопанкреатической зоне справа от точки солнечного сплетения.

- В крови обнаруживаются лимфоциты и СОЭ, нейтрофилез. В моче – уробилин, небольшое количество белка. Дуоденальное зондирование и пероральную холецистграфию используют с диагностической целью, но после стихания острого процесса.
- Длительность острого холецистита весьма различна от 2-3 недель до 2-х месяцев. Возможен переход в хроническую форму. Неосложненный катаральный холецистит в результате активного антибактериального лечения может пройти.

■ Флегмонозно-гнойные холециститы

протекают тяжело, увеличенная температура приобретает ремитирующий характер, ее колебания сопровождаются ознобами, быстро нарастают симптомы интоксикации — оглушенность, сухость во рту, жажда, тошнота, рвота. Язык сухой, обложенный, пальпация в области печени резко болезненна. Вскоре появляются симптомы раздражения брюшины, мышечная защита, лимфоцитоз, сдвиг влево.

- Деструктивные формы острого холецистита нередко осложняются перфорацией желчного пузыря, в связи с чем показано раннее вмешательство хирургическое.
- Одной из тяжелых форм холецистита являются брюшнотифозный холецистит, обусловленный инфекцией стенок желчного пузыря бациллами Эберта, которые после перенесенного тифа долго выделяются с желчью. Для распознавания представляет большое затруднение.

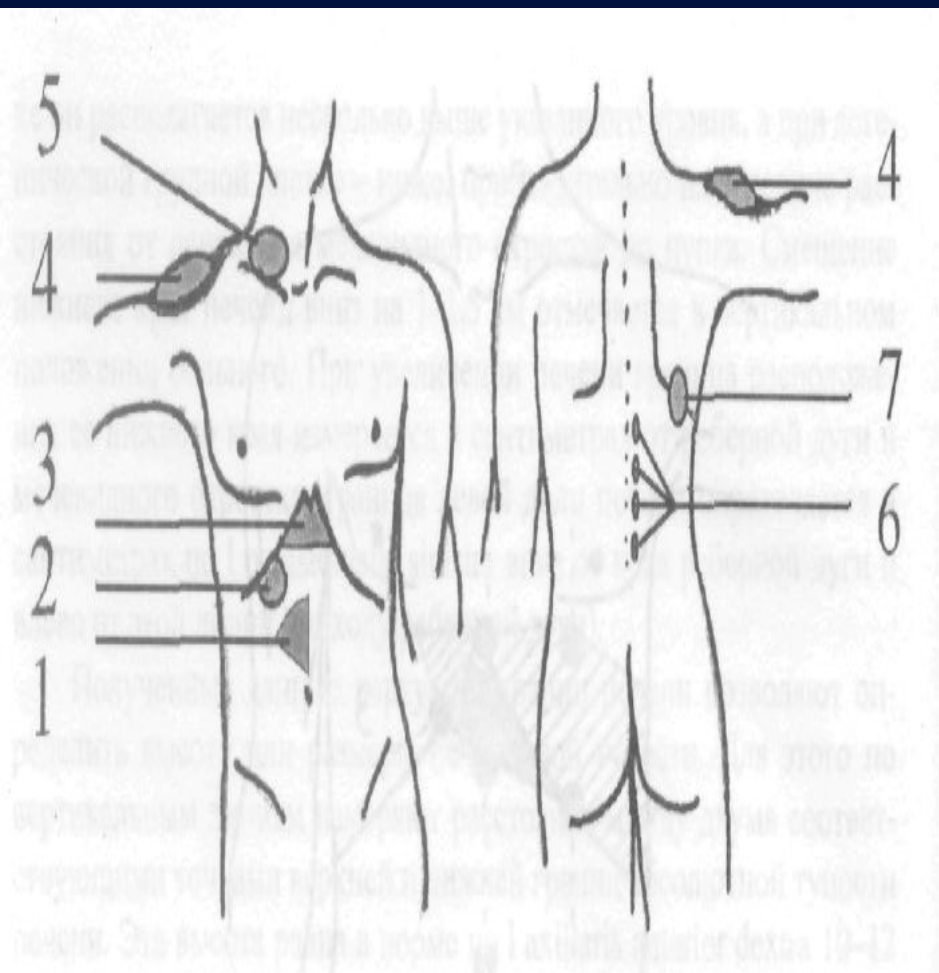
- Пальпация требует большой осторожности, так как желчный пузырь перерастяннут, стенки изъязвлены и возможна ее перфорация.
- Если лечение острого холецистита не заканчивается полным выздоровлением, заболевание переходит в хроническую форму.
- При этом различают неосложненное и осложненное течение хронического рецидивирующего холецистита.

Клиника

- Клинические проявления хронического холецистита зависят от степени воспалительных изменений в стенке желчного пузыря и тяжести инфекции.
- Отмечаются приступы более различной силы, возникающие в результате погрешности в диете, физические и психические травмы, интеркуррент. инфекции.

- В большинстве случаев хронический некалькулезный холецистит имеет энтерогенную этиологию.
- Клинически характеризуется вялым течением. нередко встречаются скрытые формы. Но иногда приступ почти не отличается от калькулезного холецистита, объясняется это тем, что и при калькулезном бескаменном холецистите в основе клинической картины лежит инфекция, вызывающая изменения нервных приборов желчного пузыря и протоков их повышенной реактивностью с склонностью к спазмам, т.е. явлением дискинезии, которые проявляются болями.

Болевые точки и зоны
кожной гиперестезии при
Заболеваниях желчевыво-
дящих путей и печени:



- 1 – зона Шоффара;
- 2 – точка желчного пузыря (точка Кера);
- 3 – эпигастральная область;
- 4 – правое надплечье;
- 5 – точка диафрагмального нерва справа (симптом Мюсси),
- 6 – паравертебральные точки;
- 7 – угол правой лопатки.

- При вяло текущей форме на первый план выступает субфебрилитет и диспепсические явления, изжога, тошнота, метеоризм, запоры, похудание, слабость, субиктеричность.

Объективно: тоже, что для острого холецистита

- 1) диафрагмальный симптом
- 2) болезненность в точке пр. желчного пузыря
- 3) точка Харитоновна
- 4) холедохо-панкреатическая точка
- 5) симптом Ортнера

Различают 2 клинических типа хронического холецистита:

- 1) с преобладанием дискинезии желчных путей;
- 2) с преобладанием воспалительного процесса.

Клинические данные одинаковые, но при первом типе определяется упорный субфебрильный, не снижающийся при применении парацетамола в крови, L-пения и N СОЭ. При II типе – температура $>$, лейкоцитоз, $>$ СОЭ. Изложить результат дуоденального зондирования в порц. А и В – лейкоциты.

Вторичные холециститы развиваются на фоне язвенной болезни, гастритов. При хроническом гастрите, особенно с секреторной недостаточностью, обращает на себя внимание дискомфорт кишечника, упорные боли в животе, больше справа, беспричинные поносы. Лечение оказывается мало или совершенно не эффективным, и тогда можно и нужно подумать о холециститах.

При исследовании можно отметить все симптомы, характерные для холецистита.

Холангит – катаральное или гнойное воспаление желчных ходов как внепеченочных – круглых, так и малых внутрипеченочных.

- Холангиты развиваются тогда, когда к инфекции, внедрившейся присоединяется затруднение оттока желчи – застой желчи.

С морфологической точки зрения различают:

- 1) катаральный холангит, возникающий при легких формах застоя в желчных путях и
- 2) гнойные холангиты, встречающиеся реже.

По патогенетическому признаку:

- различают каналикулярные,
- гематогенные,
- лимфогенные.

В зависимости от локализации различают во внепеченочных желчных ходах, во внутриклеточных желчных ходах и изолированное поражение отдельных участков протоков.

По клинике:

- острые,
- хронические,
- стенозирующие,
- септические – с острым и затяжным течением.
- **Острый холангит**, чаще гнойный, с поражением внутрипеченочных желчных ходов проявляется яркой картиной, отличной от катаральной. Различают несколько фаз.

- В **I фазе** ведущим является повышение температуры с повторяющимися ознобами, обильным потом, нередко ставят диагноз малярия. К этим жалобам присоединяются коликообразные боли в правом подреберье, тошнота, рвота. Общее состояние больного ухудшается, развивается анемия, вялость, поносы.

- Во **II стадии** присоединяются симптомы поражения печени. Возникает субиктеричность, в моче появляется уробилин. Этот симптом как проявление холангогепатита весьма постоянен. Печень в этот период увеличена и болезненна, функции ее нарушены. Постепенно начинает прощупываться селезенка. Состояние больных ухудшается. СОЭ ускоряется и сохраняется и в безлихорадочные дни. Лейкоциты повыш. до 18000, сдвиг влево. В результате дуоденального зондирования в порции «С» много клеточных элементов и лейкоцитов, у 75% можно высеять кишечную палочку, в остальных случаях высеиваются энтерококки, пневмококки, стрептококки.

- В тяжело протекающих случаях болезнь вступает в II фазу, проявляющуюся печеночной недостаточностью, вплоть до острой гепатодистрофии с явлением гепатаргии.
- В этой стадии наблюдается и повышение уровня мочевины (до 200 мг %), и в таких случаях болезнь переходит в IV стадию свою, характеризующуюся прогрессирующей уремической комой, от которой больные и погибают. Это своеобразный гепато-нефрит. На аутопсии находят выраженное воспаление желчных ходов, с гнойными перихолангитическими инфильтратами, распространяющимися вплоть до общего желчного протока, нагноение печени, как следствие многочисленных холангиолитических абсцессов, поддиафрагмальный абсцесс, абсцессы легких.

Хронический холангит

- Хронические холангиты возникают вследствие острого холангита. Жалобы больных при этом на субфебрилитет, утомляемость, нервную возбудимость, похудание, непереносимость отдельных блюд – жирных очень длительное время. Объективно отмечены субиктеричность склер, печень увеличена отчетливо, край болезненный при пальпации. Нередко увеличена селезенка. В крови эозинофилия, СОЭ, наиболее ценным диагностическим признаком является наличие в порции «С» лейкоц. и микробов. Течение хронического холецистита медленное, длительное.

Лечение

- В лечении больных холециститом большое значение имеет диета, так как речь идет всегда о системе питания на долгие годы. Питание индивидуальное всегда. Стол 5 – белков 100 г, жир – 70 г, угл. – 500,0, витаминов С -100 мг, В1 – 4 мг, В2-2 мг. Кол-во приемов пищи 5 раз в сутки. Жир в виде сметаны, масла с ограничением. Часть жира следует давать в виде растительного масла. Хлеб –серый. Если присоединяется панкреатит – то жир исключается.
- Для стимуляции желчеотделения, опорожнение кишечника и уменьшения холестерина рекомендации обогащение диеты солями магния, витаминами.

- Медикаменты: пенициллин, желательно предварительно определить чувствительность и назначать соответственно.
- Витамины В, С, нистатин.
- Желчегонные: способствующие опорожнению желчного пузыря, дехолин, кологон, аллохол, хологон – 0,25, аллохол – сухую желчь животных, экстракт крапивы, чеснок (экстракт), уголь.
- Бессмертник, крапива, рыльца.

- Наибольшее признание получила $MgSO_4$. Опорожняет желчный пузырь, т.е. действует холеретически. Наибольший эффект при введении через зонд (дренаж, тюбаж).
- Сильнодействующим холекинемическим свойством обладают желтки и оливковое масло.
- Назначают атропин при $>$ тонузе парасимпатической нервной системы. Эффективность атропина обусловлена их угнетающим действием на холинореактивные системы вегетативных узлов, атропин подавляет секрецию желчи.
- Физиотерапия – диетотерапия, магнезия, электрофорез.
- Санаторно-курортное лечение вне обострения.

- Вопрос о границах терапевтического лечения и о показаниях к хирургическому лечению является дискуссионным. Надо оперировать именно по поводу холециститов независимо камненным или бескаменным. Оперировать вероятно надо тогда, когда нет осложнений со стороны печени, поджелудочной железы.
- Воспаление и нарушение функции – вот основные показания к хирургическому вмешательству. Индивидуальный подход.
- Основные показатели к оперативному вмешательству: эмфизема желчного пузыря, водянка, наличие острого или хронического воспалительного процесса, наличие холангита, появление желтухи (наличие препятствия), наличие вторичного панкреатита.