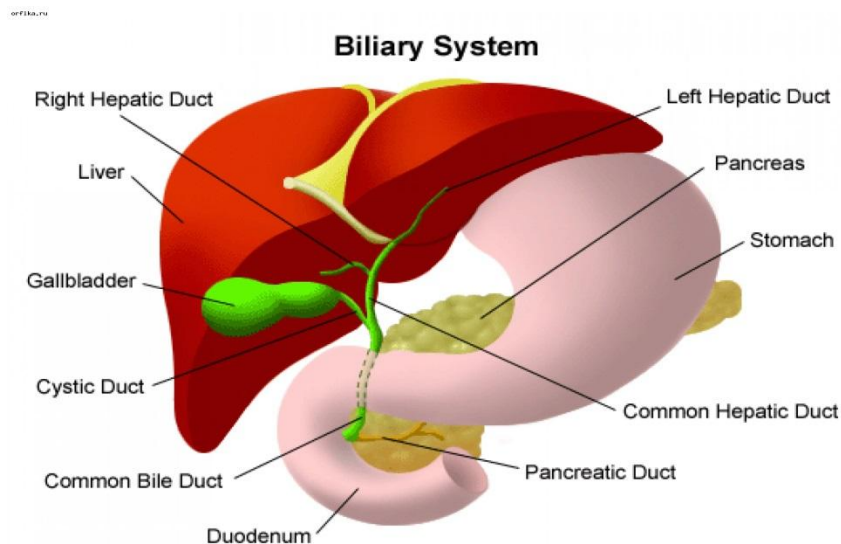


Холецистит —

воспаление стенки желчного пузыря,
преимущественно бактериального
происхождения, чаще всего возникающее
вторично на фоне ЖКБ



Причины холецистита:

- дискинезия желчевыводящих путей,
- паразитарные инвазии.

Различают две формы холецистита:

калькулезный и бескаменный.

По течению - ***острый и хронический.***

Хронический холецистит протекает с явлениями обострений (рецидивов), которые следует рассматривать как острое заболевание.

Застоем желчи способствуют

- сдавление или перегиб шейки желчного пузыря, протоков, закупорки протоков **камнем**, слизью, в редких случаях — гельминтами;
- дискинетические расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- рефлекторные влияния на желчный пузырь со стороны других органов ЖКТ
- психоэмоциональные перегрузки, хронический стресс,
- гиподинамия,
- нарушение обмена веществ, приводящее к изменению химического состава желчи (ожирение, атеросклероз, сахарный диабет).

Хронический холецистит



— хроническое воспаление желчного пузыря, является исходом перенесенного острого холецистита, но может с самого начала протекать как хронический процесс.

Причины:

- 1. инфицирование желчи**, пути проникновения в желчный пузырь патогенной микрофлоры.
- 2. Нарушения моторно-тонической функции желчного пузыря**, приводящие к застою желчи и замедлению ее эвакуации.
- 3. Неврозы и стрессовые ситуации** могут приводить к развитию дисфункциональных расстройств билиарной системы и предрасполагают к возникновению и хронизации воспаления в желчном пузыре.
- 4. ЖКБ.**
- 5. Холестатическими формами дискинезии билиарного тракта** (застойный желчный пузырь в сочетании со спазмофилией сфинктера Одди).

ДИАГНОСТИКА

Боли локализованы, как правило, в правом подреберье, возникают через 40-90 минут после погрешности в диете (употребления острой, жирной, жареной, обильной пищи), длительностью до 30 минут, проходят чаще самостоятельно.

- Боли часто возникают или усиливаются при длительном пребывании в положении сидя (за рулем автомобиля, за экраном компьютера и т. п.).
- Боль может иррадиировать вверх, в правое плечо и шею, правую лопатку, отличается монотонностью.
- **диспепсические явления**: тошнота, изжога, металлический вкус во рту, может быть рвота пищей на высоте болей, желчью, отрыжка.
- **синдром кишечной диспепсии** (метеоризм, чередование запоров и поносов).
- нередко отмечается снижение работоспособности, раздражительность, бессонница.

Тяжелая форма

- При **тяжелой форме** хронического холецистита резко выражен болевой синдром и диспепсические явления, отмечаются частые (1-2 раза в месяц и чаще) и продолжительные желчные колики. Медикаментозная терапия малоэффективна. Не редко развиваются осложнения (перихолецистит, холангит, перфорация желчного пузыря, водянка пузыря, эмпиема).

- **Обследование:**

Большое значение у больных хроническим холециститом имеет **анамнез жизни:**

1. нарушение режима питания,
 2. употребление жирной, жареной пищи,
 3. гепатит А,
 4. дизентерия,
 5. заболевания желудка, кишечника в анамнезе, в семьях, где патология желчевыводящих путей встречается у нескольких поколений, особенно у женщин.
- **Физикальное обследование:** симптомы Ортнера, Мюссэ, Мерфи, Василенко. Печень не увеличена, край ровный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется.

ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Клинический анализ крови: лейкоцитоз, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- Общий анализ мочи.
- Копрограмма.
- Билирубин и его фракции
- Холестерин
- АСТ
- АЛТ
- ЩФ
- Общий белок и белковые фракции
- Амилаза сыворотки крови
- Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы
- ФГДС
- Фракционное хроматическое дуоденальное зондирование
- Микроскопическое, бактериологическое, биохимическое исследование желчи
- Внутривенная холангио-холецистография
- Сцинтиграфия жёлчного пузыря и желчевыводящих путей
- Компьютерная томография
- ЭРХПГ



ЛЕЧЕНИЕ

- Антибактериальная терапия
- Противовоспалительная терапия
- Обезболивающая терапия
- Координация нарушений функции желчного пузыря, сфинктерного аппарата желчеотделения.
- Коррекция нарушений пищеварения
- Иммуномодулирующая терапия.
- Витаминотерапия
- Физиотерапия
- Решение вопроса о целесообразности оперативного лечения

Диетотерапия

- В фазе обострения на 1-2 дня назначается водно-чайная диета (некрепкий сладкий чай, отвар шиповника, натуральные неконцентрированные соки, (кроме виноградного), разведенные водой, лучше минеральной, типа «Боржоми» без газа). Вся жидкость применяется в теплом виде и небольшими порциями - по 1/2 стакана, шесть, двенадцать раз в день. Возможно добавление нескольких сухариков из хлеба серой муки, желательно с добавлением пищевых пшеничных отрубей. По мере улучшения состояния и купирования болевого синдрома рацион расширяется за счет небольшого количества протертых, слизистых супов, каш (манные, овсяные, рисовые супы или каши).

Постепенно в рацион вводится нежирный творог, нежирная отварная рыба, отварное, вначале протертое, нежирное мясо (говядина, телятина, птица). Пища должна приниматься часто (6 раз в день) и небольшими порциями. После купирования явлений воспаления больным назначается традиционная диета № 5. Особое внимание необходимо обратить на необходимость дробного питания.

Вне обострения целесообразно добавлять зелень петрушки, укропа, фруктовые, ягодные соусы, а также очень полезны растительные жиры (масло подсолнечное, оливковое, кукурузное, соевое и т.п.).

Показано введение в рацион пищевых пшеничных отрубей в виде специальных лечебных сортов хлеба, либо по 1 столовой ложке 3 раза в день в кефире, бифидо-кефире, йогурте и т.п.

Лекарственная терапия

Купирование болевого синдрома

- Спазмолитики: но-шпа, дротаверин
- При выраженном болевом синдроме вводят **анальгетики**: ненаркотические - *анальгин* (2 мл 50% раствора) либо *трамал* (парантерально 50-100 мг).
- При неэффективности в ряде случаев приходится прибегать и к наркотическим анальгетикам (*промедол* 1 мл 2% раствора или *фортрал* 30 мг в/в).
- При болевом синдроме умеренной интенсивности целесообразно назначение спазмолитиков, в первую очередь селективных (*дюспаталин*).
- **При наличии рвоты** показано введение бимарала в/в, в/м по 1 ампуле (10 мг), либо церукала в/в, в/м по 2 мл, или мотилияума 20 мг внутрь или на язык (лингвальная форма). При отсутствии данных средств возможно применение димедрола (1-2 мл 2% раствора) или супрастина (1 мл 2% раствора).

Лечение

- При наличии клинических и лабораторных данных за активный воспалительный процесс показано назначение **антибактериальной терапии**. Хорошо проникает в желчь таривид и ципробай (внутри по 500-750 мг 2 раза в день в течение 10 дней), эритромицин (внутри, первая доза 400-600 мг, затем 200-400 мг каждые-6 часов), доксициклин внутри или в/в капельно.
- Применение антибактериальных средств необходимо комбинировать с препаратами, обладающими **желчегонным эффектом** (никодин по 0,5 г 3-4 раза в день, циквалон).
- (хофитол по 2-3 капе. 3 раза в день перед едой).
- **При лямблиозном поражении** обычно применяется фазижин (2 г однократно), или метронидазол по 0,25 г 3 раза в день после еды в течение 10 дней, либо аминохиолин по 0,1 г 3 раза в день 5 дней с повторным курсом через 10 дней.
- При гипомоторных нарушениях показано применение **прокинетики** — эглонила, домперидона, метоклопрамида в терапевтических дозах до периода стабилизации моторики.

В настоящее время препаратом выбора, удовлетворяющим всем современным требованиям к **ферментным лекарственным средствам**, является высокоэффективный полиферментный препарат в виде минимикросфер (Креон), покрытый кислото-защитной (энтеросолюбильной) оболочкой.