



ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

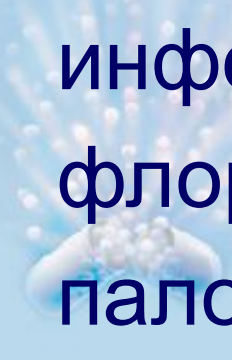
ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ - воспаление желчного пузыря с атрофией его слизистой и нарушением способности концентрировать желчь.


Холециститы:

-калькулезные;

-некалькулезные.

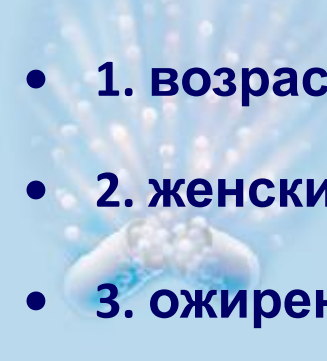
частота обнаружения камней при хроническом холецистите составляет 99%, но только 15% попадают на операционный стол, остальные 85% лечат терапевты.

- 
- **Этиология:** бактериальная, вирусная инфекция, паразитозы, условно патогенная флора грам отрицательная: кишечная палочка (40%), стафилококки (15%), энтерококки (15%), стрептококки (10%), протей (2%), дрожжевые грибы (2%), синегнойная палочка, шигеллы, протозойная инфекция, смешанная инфекция (2%).
 - Путь передачи инфекции – гематогенный, лимфогенный, восходящий за счёт рефлюкса из кишечника



Патогенез. Желчь обладает бактерицидным действием, но при изменении состава желчи и при её застое бактерии могут проникать через желчный проток в желчный пузырь из кишечника (восходящий путь проникновения инфекции). Под влиянием инфекции происходит превращение холевой кислоты в литохолевую, которая обладает повреждающим действием и вызывает воспаление стенки пузыря. Повреждающее действие литохолиевой кислоты сопровождается изменением рН и коллоидной устойчивости желчи, выпадением кальциевых солей холестерина.

Факторы риска:

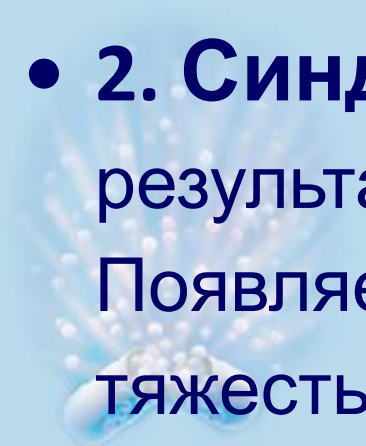
- 
- 1. возраст 40-60 лет,
 - 2. женский пол,
 - 3. ожирение,
 - 4. гастрит, панкреатит, энтероколит,
 - 5. злоупотребление спиртным,
 - 6. курение,
 - 7. гиподинамия,
 - 8. иммунодефицит,
 - 9. родственники больных,
 - 10. хронические очаги инфекции,
 - 11. перенесённые ранее брюшной тиф, сальмонеллезы, вирусный гепатит.

КЛИНИКА:

1. Болевой синдром: характерна строгая локализация болей в точке желчного пузыря и в правом подреберье, чаще после приема жирной, острой, жареной пищи, холодной газированной воды, пива.

При некалькулезном холецистите боли тупые, терпимые.

При калькулезном - резкие нестерпимые боли. Могут быть спровоцированы тряской ездой, ношением тяжести, иногда связаны с психоэмоциональным напряжением. Типична иррадиация в лопатку, правое плечо, область шеи справа.



- **2. Синдром диспепсии** возникает в результате забрасывания желчи в желудок. Появляется ощущение горечи во рту, иногда тяжесть в эпигастрии. Редко присоединяется тошнота, рвота.

- **3. Кишечная диспепсия.** Склонность к метеоризму, иногда непереносимость молочной диеты, частые поносы, реже запоры. При холецистопанкреатите жидкий зловонный стул. Часто бывает рефлюкс из 12-перстной кишки в желудок, что субъективно сопровождается ощущением горечи во рту. Вследствие рефлюкса желчи происходит постепенная атрофия




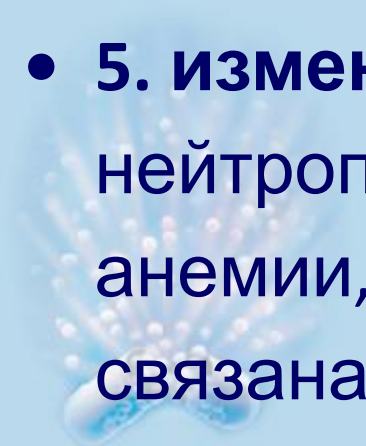
- Нередко холецистит имеет **атипичное течение и принимает различные маски:**

- **1. длительная субфебрильная температура,** иногда длящаяся месяцами,

- **2.Холецистокардиальный синдром.**

Проявляется болями в области сердца, появление которых связано с висцеро-висцеральным рефлексом по вагусу. Боль локализуется в области верхушки сердца, длительная, ноющая, может носить приступообразный характер Для распознавания важно учитывать связь болей с едой. Сначала боли могут появиться в правом подреберье, а лишь затем в области сердца

- 
- **3. По типу артралгии.** В этом случае больные лечатся от ревматизма, а при обстоятельном обследовании признаков воспаления не находят. При лечении холецистита боли исчезают.
 - **4. Аллергический синдром.** Отмечается непереносимость некоторых пищевых продуктов, особенно молока, некоторых лекарств.

- 
- **5. изменения со стороны крови** - склонность к нейтропении до 3000 и ниже. При этом нет ни анемии, ни тромбоцитопении. Нейтропения связана с внутрисосудистым перераспределением лейкоцитов - переход из циркуляторного пула в маргинальный. Это связано с повышением тонуса парасимпатической нервной системы. Несмотря на наличие нейтропении, у больных нет склонности к бактериальной и вирусной инфекции. При обострении или при присоединении другой инфекции возникает нейтрофильный лейкоцитоз.
 - **6. астенический синдром.**


Положительны симптомы:

Кера - болезненность при пальпации желчного пузыря в положении стоя на вдохе,

Мерфи - болезненность при пальпации желчного пузыря в положении сидя на вдохе,

Ортнера - болезненность при поколачивании по правой реберной дуге,

френикус-симптом (Мюсси) - болезненность при надавливании между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы справа,



Лидского - понижение сопротивляемости тканей брюшной стенки при пальпации правого подреберья,

Курвуазье - увеличенный желчный пузырь,

Василенко (болезненность при поколачивании в точке желчного пузыря при задержке дыхания на высоте вдоха),

Лепене (болезненность при поколачивании по правому подреберью).

ДИАГНОСТИКА

- **УЗИ -исследование**
- **Анализ крови** при обострении: нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ до 15-20 мм в час, появление С-реактивного белка, увеличение альфа-1- и гаммаглобулинов, увеличение сиаловых кислот.
- **Дуоденальное зондирование.** Учитывают время появления порций и количество желчи. Наличие большого количества эпителия подтверждает диагноз. Наличие изменений в порции В указывает на процесс в самом пузыре, а в порции С - на процесс в желчных ходах. Положительная реакция желчи на С-реактивный белок, выявление бактерий.

- **Копрограмма: стеаторея.**
- **Рентгенологическое исследование - внутривенная холецисто- и холангиография.** Если пузырь хорошо виден - он склерозирован. Увеличение желчного пузыря встречается редко, но бывает при наличии вентильного камня, при водянке пузыря. Чаще желчный пузырь сморщен, уменьшен в объеме, спаян с соседними органами, при этом могут возникать "пери-"процессы - вовлечение в воспалительный процесс соседних органов (брюшины, печени) и т.д.

Осложнения: Переход воспаления на окружающие ткани (перихолецистит, перидуоденит и т.д)

Холангит с переходом в билиарный цирроз печени.

Может быть механическая желтуха.

Если камень застрял в пузырном протоке, то возникает водянка, эмпиема, возможно прободение с последующим перитонитом, склерозирование стенки пузыря, а в последующем может возникать рак.

Лечение:



1. Диета. Ограничение жирной пищи, ограничение калорийности пищи, исключение плохо переносимых продуктов. Регулярное 4-5 разовое питание.

2. Для борьбы с инфекцией антибиотики -
ТЕТРАЦИКЛИН 0,1 по 2 таблетки 4-6 раз в
день.

- ПЕНИЦИЛЛИН

- СТРЕПТОМИЦИН в течение 2 недель по 500
000 2 раза в день

3. Для усиления моторики желчного пузыря - холецистокинетики:

**- МАГНИЯ СУЛЬФАТ 25% по 1 столовой ложке
3 раза в день.**

**- сорбит, ксилит - если магнезия вызывает
понос.**

- холецистокинин.

4. На фоне холецистокинетиков дают холеретики:

- АЛЛОХОЛ 2 таблетки 3 раза,
- ХОЛЕНЗИМ 1 чайная ложка 2-3 раза,
- ХОЛОСАС 1 чайная ложка 3 раза,
- ХОЛАГОЛ по 5 капель на сахаре за полчаса до еды (обладает и спазмолитическим действием). При желчной колике дозу увеличивают до 20 капель.

5. При болях спазмолитики миотропного действия:

- НО-ШПА 0,04 3 раза в день.
- АТРОПИН 0,1% 1,0 подкожно,
- ПЛАТИФИЛЛИН 0,005 2 раза в день.
- МЕТАЦИН 0,002 2 раза в день
- НИКОШПАН (но-шпа и витамин РР);

6. Электрофорез новокаина 2-10% и папаверина на область печени, уменьшает дискинетические явления.




7. Витамины и биостимуляторы (алоэ, метилурацил и др.);

8. Лечебные травы (бессмертник, мята, отвар кукурузных рылец, барбарис, пижма, шиповник и др.).

9. Минеральные воды с низким содержанием солей (Ессентуки, Боржоми).

Профилактика



Санация очагов хронической инфекции,
своевременное и рациональное лечение
холецистита,
режим питания,
предупреждение глистных инвазий,
острых кишечных заболеваний.