

*Симптоматология и методы
диагностики дискинезии
желчных путей.*

*Основные симптомы и
синдромы при остром и
хроническом холецистите.*

Дискинезии желчных путей (ДЖП) – это нарушение нормальной моторики желчного пузыря, желчных протоков, в основе которых лежат функциональные факторы и отсутствуют признаки органических поражений (воспаление, камнеобразование, сдавление и др).

Этиология и патогенез.

Одной из самых частых причин развития ДЖП является изменение функционального состояния ЦНС. Нарушение силы и подвижности нервных процессов в коре головного мозга ведет к ослаблению ее регулирующего влияния на высшие вегетативные центры, а затем на моторику желчевыделительной системы.

Дистония в.н.с., одновременное усиление или, наоборот, ослабление вагусных и симпатических импульсов могут нарушить согласованное сокращение мускулатуры желчного пузыря и расслабление тонуса сфинктеров Люткенса и Одди, вызвать задержку в отделении желчи.

Классификация дискинезии желчных путей.

По происхождению:

- 1. Первичные: невротическая, психогенная, медикаментозная (от препаратов морфия, опия, симпатомиметиков и др.).*
- 2. Вторичная или симптоматическая: при остром гепатите, холециститах, ЖКБ, панкреатитах, хронических гастритах, дуоденитах и гастродуоденитах, язвенной болезни ДПК и желудка, функциональных расстройствах кишечника, хронических колитах, висцероптозе, после холецистэктомии и др.*

Клиническая форма по преобладающему
расстройству.

- Гипермоторная;
- Гипомоторная;
- Смешанная.

Общими для обеих форм дискинезий являются следующие симптомы:

1. острые и хронические психические травмы в анамнезе,
2. общеневротические расстройства,
3. болевой синдром в правом подреберье, часто связанный с волнениями и нервно-психической нагрузкой,
4. болезненность в области желчного пузыря и эпигастральной области, болевые точки, свойственные холециститу,
5. некоторое увеличение печени.

Нередко наблюдаются функциональные изменения в других органах пищеварения, в сердечно-сосудистой и эндокринной системах.

Температура, как правило, нормальная, изменений со стороны крови не отмечается, воспалительные элементы в желчи отсутствуют.

Заболевание встречается преимущественно у женщин молодого возраста, длительность его небольшая

При гипотонически-гипокинетической форме:

Боли в правом подреберье постоянные, периодически усиливающиеся и сопровождающиеся чувством распираания.

Приступы типа желчной колики наблюдаются редко. Усиление болей нередко отмечается в предменструальный период.

Жалобы на диспепсические явления (снижение аппетита, отрыжка, тошнота, реже рвота).

Часто запор атонического характера, реже – понос.

Изредка субиктеричность склер, нёба, реже – кожных покровов.

- При пальпации брюшной стенки выявляется болезненность в правом подреберье, больше в области проекции желчного пузыря.
- Очень редко наблюдается незначительное увеличение печени.
- Пальпация правого подреберья часто приводит к усилению болевого синдрома. У некоторых больных удастся прощупать болезненный желчный пузырь.
- Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания особых изменений не наблюдается.

При гипертонически-гиперкинетической форме:

- ✓ Боли в правом подреберье имеют характер периодически возникающих желчных колик, не особенно интенсивны, проходят самостоятельно или легко купируются спазмолитическими средствами.
- ✓ В промежутках между приступами желчных колик больные отмечают чувство тяжести и распираания в области правого подреберья.
- ✓ Довольно часто больные жалуются на диспепсические явления – тошноту, реже рвоту.
- ✓ Стул с наклоном к запорам, реже – понос или чередование запоров и поносов.
- ✓ Объективно: питание не нарушено, цвет кожных покровов и склер не изменен.

• Изредка после болевого синдрома наблюдается легкая субиктеричность нёба, реже склер. Желтуха, получившая название «эмотивной», развивается редко.

• При пальпации правого подреберья во время приступа желчной колики и после нее отмечается некоторое увеличение печени, болезненность, особенно резко выраженная в месте проекции желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, т.е. в холедохо-панкреатической зоне Шоффара (вправо и несколько вверх от пупка).

• Выражены также «пузырные» симптомы: симптом Керра (боль в проекции области желчного пузыря во время вдоха), симптом Ортнера (боль при перкуссии этой области), и др.

Лечение:

Гипомоторная дискинезия.

Стол 5, 15, желчегонные, диета, содержащая растительную клетчатку. Спазмолитики не показаны. Тюбажи (слепые дуоденальные зондирования). Минеральные воды высокой минерализации в холодном виде 2-3 раза в день, не более 500-600 мл.

ФТЛ — фарадизация, гальванизация, диадиномоторика.

Гипермоторная дискинезия.

Стол 5,5а, ограничение жирной пищи.

Седативные (бром, транквилизаторы).

Спазмолитические средства. Минеральные воды низкой минерализации в теплом виде. Тепловые процедуры.

ФТЛ — новокаин, папаверин, магния сульфат.

Холецистит (cholecystitis) – воспаление желчного пузыря. Это заболевание весьма распространенное, чаще встречается у женщин.

Острый холецистит (ОХ)

катарральный;

гнойный;

гангренозный (глубокие язвы или же некротический процесс распространяется на всю толщу стенки).

Клиническая картина.

- ✓ ОХ начинается бурно: болевой синдром наполняется желчную колику, но менее выражен;
- ✓ диспептический синдром — тошнота, рвота, небольшим количеством желчи;
- ✓ синдром воспаления — t тела 38° - 40° , озноб;
- ✓ синдром небольшой желтухи.
- ✓ Язык сухой, обложен белым налетом. Живото вздут, передняя стенка ограничено подвижна или выключена из дыхания.
- ✓ При поверхностной пальпации отмечают вначале местное, а затем и распространенное напряжение брюшной стенки, резкая болезненность в области правого подреберья.

Выявляется ряд симптомов:

- Симптом Мак-Кензи;
- Симптом Захарьина;
- Симптом Кера;
- Симптом Образцова-Мерфи;
- Симптом Василенко-Лепене;
- Симптом Ортнера;
- Симптом Мюсси-Георгиевского;
- Симптом Щеткина-Блюмберга.

Могут наблюдаться зоны кожной гиперестезии (Захарьина-Геда) – под нижним углом правой лопатки и в области девятого-одиннадцатого межреберья.

В крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

Осложнения:

При гангренозном х. может произойти перфорация его стенки с развитием желчного перитонита.

Лечение:

Госпитализация. При гнойной и гангренозной формах ОХ показано удаление желчного пузыря.

Больным катарральным ОХ назначают:

постельный режим;

диета № 5 по Левзнеру;

антибиотики широкого спектра действия

(тетраолеан, цефазонин в/м);

спазмолитики – папаверин гидрохлорид, но-шпа.

