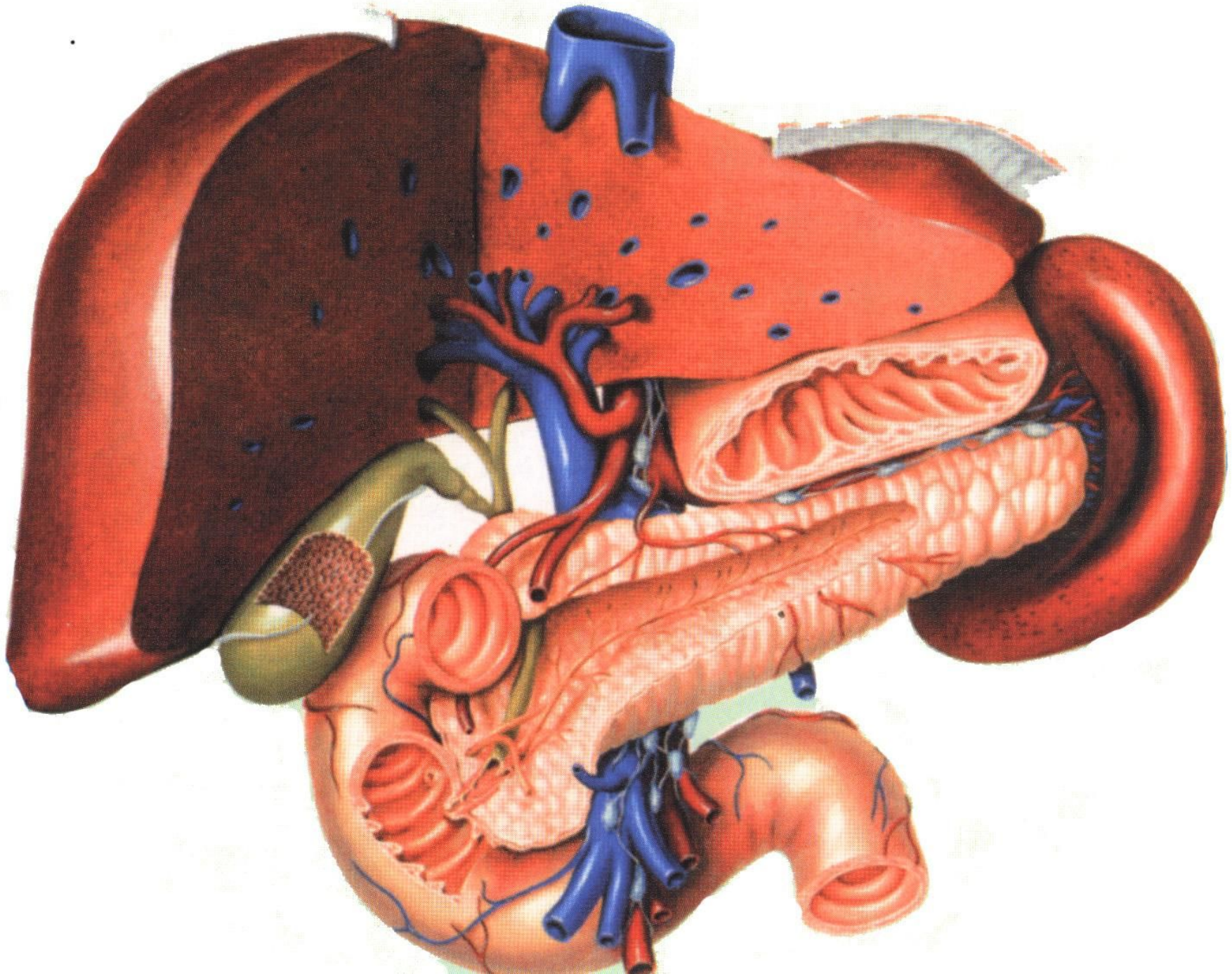


■ Заболевания гепато- билиарной системы

ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ №2 ЗАЯЕВА А.А.

Хронический некалькулезный (бескаменный)
холецистит – хроническое
полиэтиологическое воспалительное
заболевание желчного пузыря, которое
сочетается с моторно-тоническими
нарушениями (дискинезиями)
желчевыводящих путей и изменениями
физико-химических свойств и
биохимического состава желчи (дисхолией).



Этиология.

Бактериальная инфекция

Паразитарная инвазия.

Дуоденобилиарный рефлюкс

Аллергия.

Хронические воспалительные заболевания

органов пищеварения.

Острый холецистит.

Предрасполагающие факторы

Застой желчи.

Рефлекторные влияния со стороны органов брюшной полости при развитии в них воспалительного процесса.

Дисбактериоз кишечника.

Нарушение обмена веществ

Наследственная отягощенность в отношении ХХ.

Основные патогенетические факторы:

Нейродистрофические изменения стенки
ЖП.

Нейроэндокринные нарушения
Застой и дисхолия желчи.

Нарушение состояния стенки ЖП.

Аллергические и иммунновоспалительные
реакции.

Классификация хронического холецистита

По этиологии: колибацилярный, энтерококковый, стрепто-, стафило-, пневмококковый, сальмонеллезный, брюшнотифозный, дизентерийный, бруцеллезный, паратифозный и др.

По степени тяжести: легкая форма, средняя, тяжелая.

По характеру течения: рецидивирующий, монотонный, перемежающийся.

Фазы: обострения, затихающего обострения, устойчивая ремиссия, неустойчивая ремиссия.

По наличию осложнений: неосложненный, осложненный перихолециститом.

Клиническая картина

Субъективные проявления

Боль при ХБХ локализуется обычно в области правого подреберья. Иногда в эпигастральной области.

Диспепсические жалобы. Тошнота, рвота, ощущение горечи во рту, отрыжка горьким. В результате развития вторичного гастродуоденита, гастрита, панкреатита, энтерита появляются изжога, отрыжка тухлым, метеоризм, снижение аппетита, диарея.

Кожный зуд. Симптом, который отображает нарушение желчеотделения и раздражение нервных окончаний кожи желчными кислотами.

Повышение температуры тела. Отмечается в период обострения у 30-40 % больных.

Психоэмоциональные расстройства

Депрессия, общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, эмоциональная лабильность.

Объективное обследование.

- Осмотр. У большинства больных отмечают избыточную массу тела.
У некоторых больных наблюдается субиктеричность (а иногда и более выраженная желтушность (icterus) склер,
При пальпации отмечается болезненность в области желчного пузыря.
Может определяться ряд позитивных симптомов;
- Симптом Захарьина – боль при нажатии в точке ЖП.
- С-м Василенко – при постукивании в точке ЖП, на высоте вдоха возникает резкая боль.
- С-м Образцова-Мерфи – после нажатия на область ЖП больному предлагают вдохнуть, при этом у больного “перехватывает” дыхание от боли в области ЖП.
- С-м Кера – боль на вдохе во время пальпации правого подреберья.
- С-м Ортнера – болезненность при постукивании ребром ладони по правой реберной дуге.
- С-м Мюсси-Георгиевского – боль в точке диафрагмального нерва (френикус-симптом).

СИМПТОМАТИКА ПРИ ХОЛЕЦЕСТИТІ

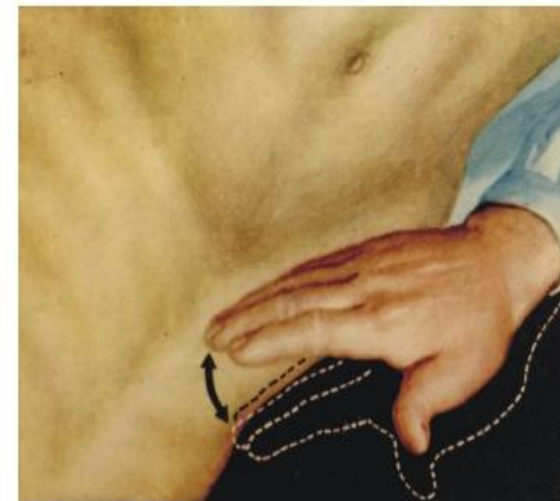
СИМПТОМ ЗАХАР'ІНА: біль при натисканні в ділянці жовчного міхура



СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА-МЕРФІ: після натискання жовчного міхура хворому пропонують вдихнути, при цьому хворий "затамовує" подих від болю в ділянці жовчного міхура



СИМПТОМ ОРТНЕРА: болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі



СИМПТОМ ВАСИЛЕНКО: при постукуванні в ділянці жовчного міхура на висоті вдиху з'являється різкий біль



СИМПТОМ КЕРА: біль при вдиху під час пальпації правого підребер'я



СИМПТОМ МЮССІ-ГЕОРГІЄВСЬКОГО: біль в ділянці діафрагмального нерва (френікуссимптом)



Болевые точки при заболеваниях желчного пузыря:

1 - пузырьная точка

2 – эпигастральная зона

3 - холедохо-панкреатическая зона

4 – зона в области proc. acromion

5 – точка n. phrenici

6 – лопаточная точка

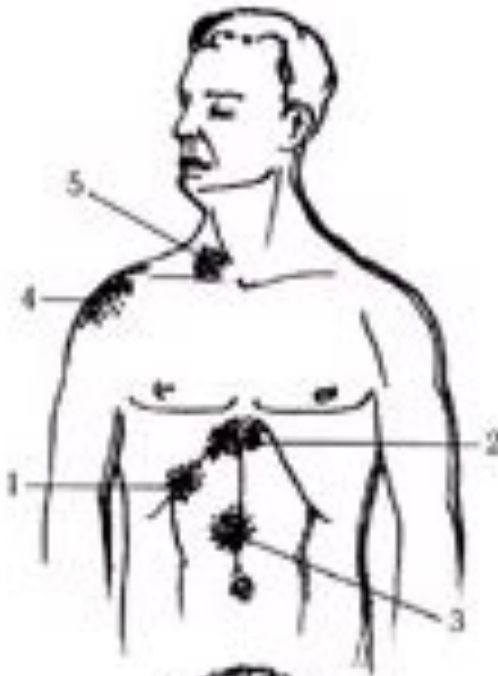
7 – точка возле конца 12 ребра

8 – точки возле 8 – 11 грудных

позвонков

9 – точка справа от 12 грудного

позвонка



Лабораторно-инструментальные методы исследования

Общий анализ крови

Может наблюдаться умеренный лейкоцитоз, сдвиг влево с повышением палочкоядерных лейкоцитов, ускорение СОЭ.

Биохимический анализ крови

При обострении повышается содержание сиаловых кислот, серомукоида, фибрина, альфа₂-глобулинов, возможно, гамма-глобулинов.

Иммунологическое исследование крови

Снижается количество В и Т-лимфоцитов, IgA.

Фракционное дуоденальное зондирование:

Изменения показателей дуоденального зондирования (порции "В"), характерные для хронического холецистита:

Наличие в большом количестве лейкоцитов, особенно их скоплений.

Выявление при визуальном осмотре желчи выраженного помутнения, хлопьев слизи.

Нахождение в желчи большого количества клеток цилиндрического эпителия.

Снижение рН пузырной желчи (в норме 6,5-7,5).

Появление кристаллов холестерина и кальция билирубината.

Снижение относительной плотности пузырной желчи (в норме 0,016-1,035).

Изменения биохимического состава желчи

Бактериологическое исследование. Количество бактерий превышает 100000 в 1 мл желчи.

·УЗИ

- Эхо-признаки хр. холецистита
- утолщение стенки ЖП более 2 мм
- уплотнение стенки, особенно с утолщением
- неравномерность и деформация контура пузыря, увеличение или уменьшение размеров, спайки
- снижение или отсутствие движения ЖП при дыхании
- негомогенность содержимого, “желчный осадок”.



УЗИ печени и желчного пузыря

Рентгенологическое исследование ЖП

Холецистография

Признаки ХНХ

- нарушение концентрационной способности и двигательной функции ЖП (резкое замедление опорожнения ЖП);
- деформация ЖП (неровность контуров в результате перихолецистита).

Компьютерная томография. Позволяет определить положение, размеры, форму ЖП, толщину его стенки, наличие камней.

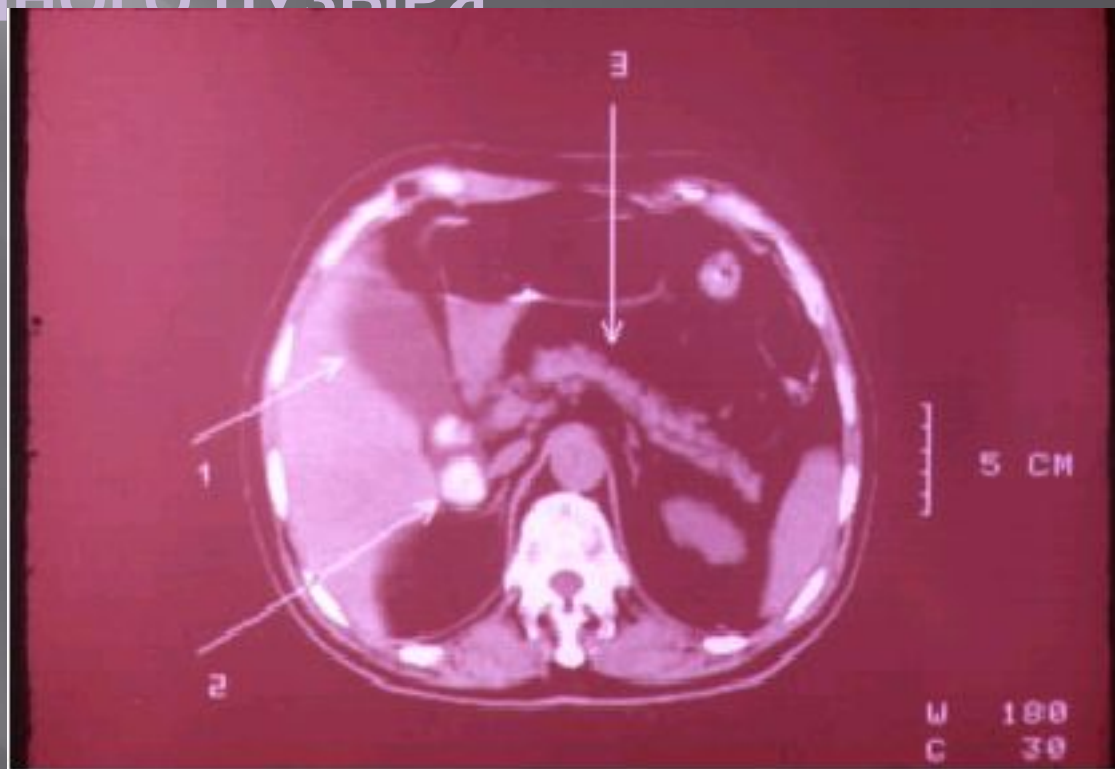
Радиоизотопное исследование желчевыводящих путей

Признаки: - стойкое нарушение скорости заполнения и опорожнения ЖП
увеличение или уменьшение его размеров
уплотнение ложа ЖП

Термография. Отмечается местное повышение температуры на 0,3-2 градуса С, зона ЖП выглядит светлой.

ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАММА):

1 - ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТИТ (УТОЛЩЕНИЕ
СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ). 2 -
КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИЕ КАМНИ В ШЕЙКЕ
ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



Лечение:

В периоде обострения больному рекомендуют нестрогий постельный режим на 7-10 дней; 1-2 дня теплое питье.

Диета № 5, питание частое (5-6 раз/сутки)) малыми порциями.

Купирование болевого синдрома:

м-холинолитики, спазмолитики, анальгетики

А/б терапия в период обострения.

Назначается тогда, когда думают о бактериальной природе болезни, есть клинические и лабораторные данные, которые подтверждают активность воспалительного процесса в ЖП.

Дезинтоксикационная терапия

Желчегонные средства.

Выбор рационального желчегонного зависит от фазы хронического холецистита и сопутствующего типа дискинезии.

препараты, которые стимулируют образование печенью желчи – истинные желчегонные (холеретики):

препараты, которые содержат желчные кислоты (хологон, дехолин, алахол, фестал, холензим, лиобил);

синтетические холеретики (никодин, циквалон, оксафенамид);

растительные (бессмертник, кукурузные рыльца, фламин, мята перечная, холосас, петрушка);

гидрохолеретики (вода типа “Нафтуся”);

препараты, стимулирующие желчеотделение (холекинетики): ксилит, сорбит, MgSO₄, пижма, растительное масло.

Нормализация функции вегетативной НС –
седативные, малые транквилизаторы.

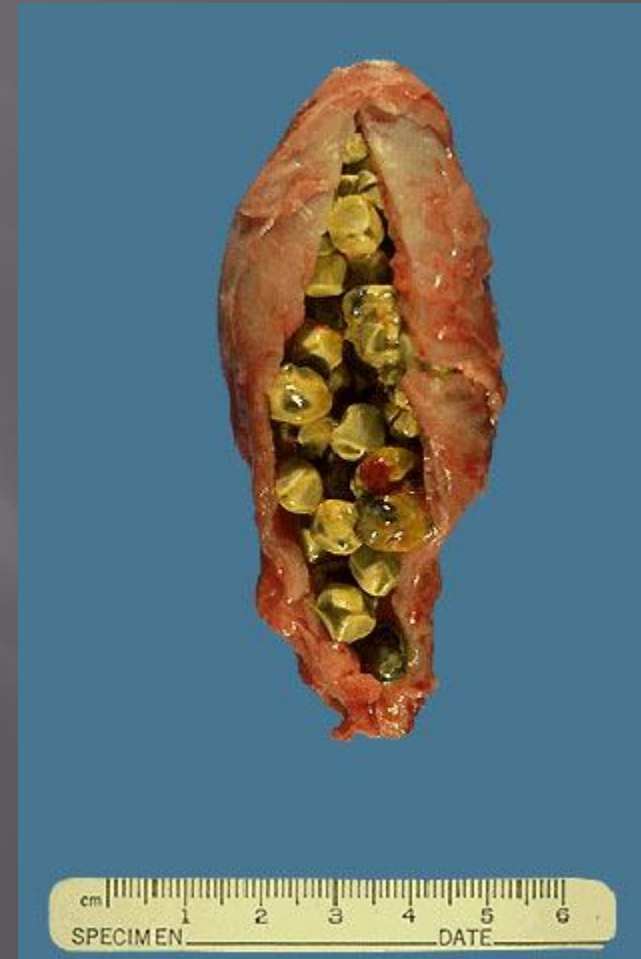
Иммуномодулирующая терапия: тималин, Т-активгин,
натрия нуклеинат, адаптогены (женьшень,
пантокрин, элеутерококк).

Физиотерапевтическое лечение.

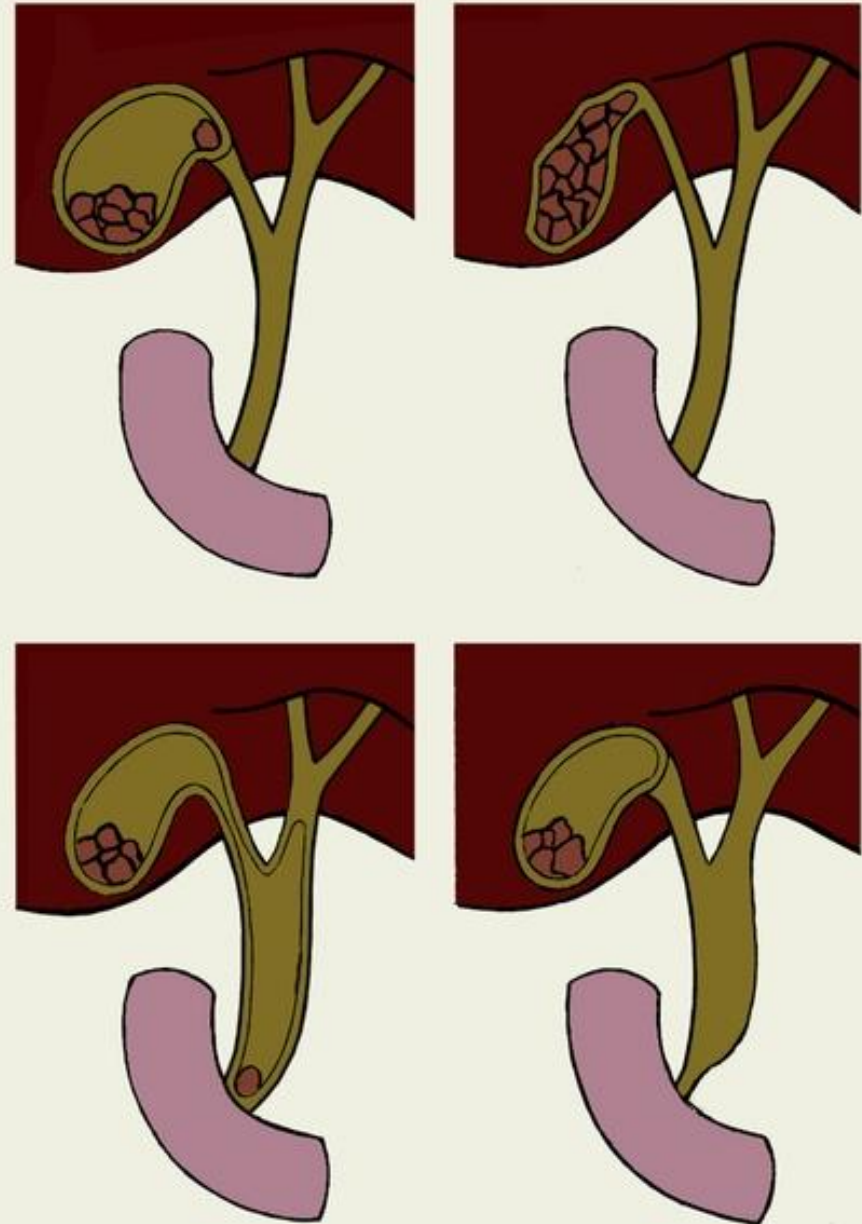
Лечение минеральными водами.

Санаторно-курортное лечение в период ремиссии
(Трускавец, Гусятин, Сатанив, Ессентуки,
Железноводск, Боржоми).

**Хронический
калькулезный холецистит**
(*cholecystitis chronica
calculosa*, желчнокаменная
болезнь) – заболевание,
которое характеризуется
образованием камней в
желчном пузыре, реже – в
желчных протоках.



В развитии
желчнокаменной
болезни имеют
значение нарушения
обмена веществ,
инфицирование и
застой желчи.



Различают три стадии
желчнокаменной болезни.

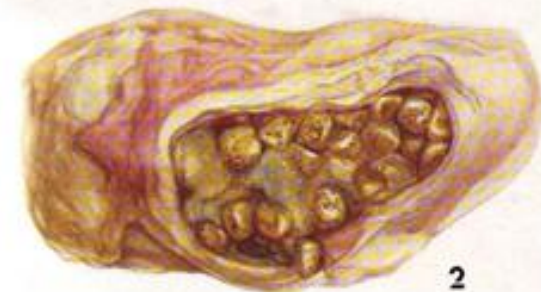
Первая стадия (физико-
химическая)

Вторая стадия (латентная)

Третья стадия
желчнокаменной болезни -
клиническая (калькулезный
холецистит).



1



2



3

1. Пузырь наполненный камнями

2. Мелкие и средние холестеринно-пигментные камни

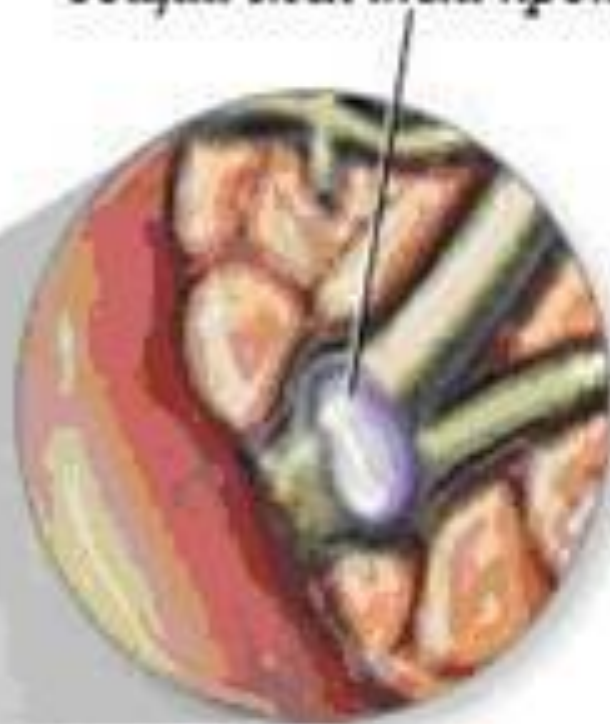
3. Крупные смешанные камни

Желчный пузырь с камнем



Общий желчный проток

*Камень блокирующий
общий желчный проток*



Cystic duct

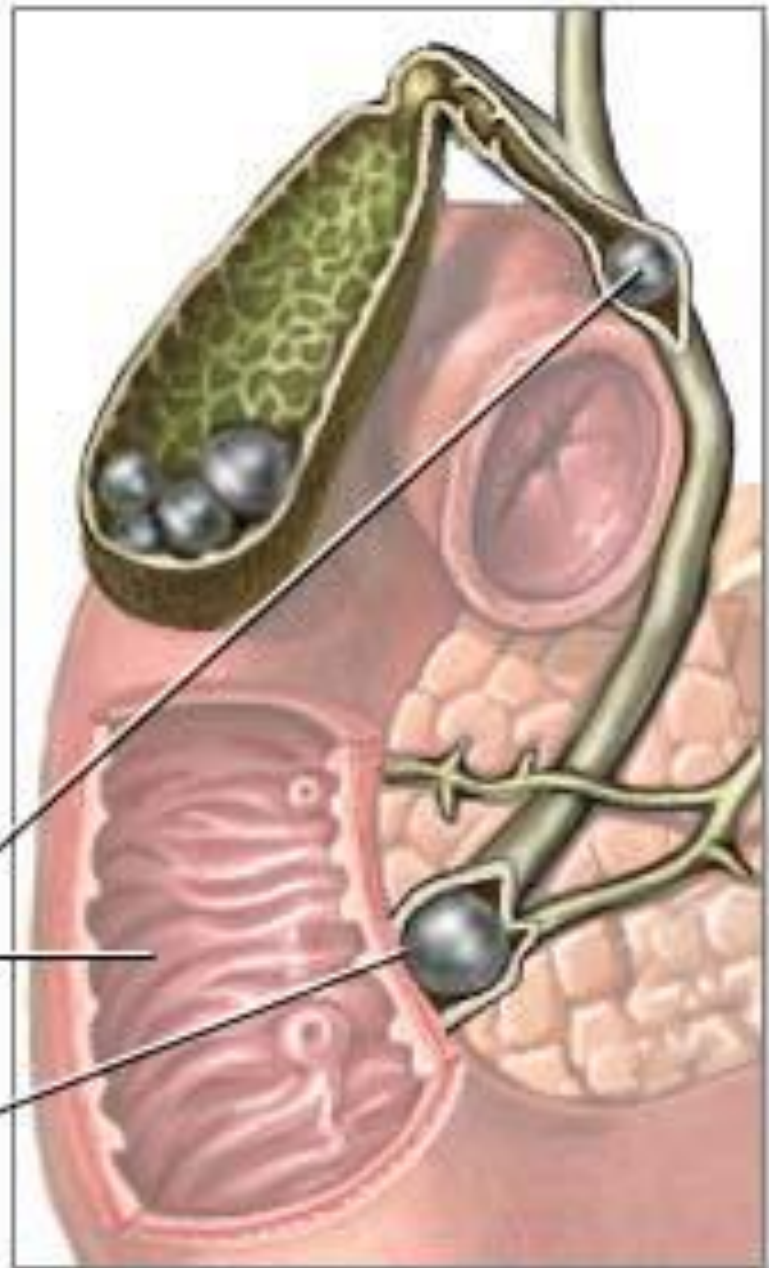
Common
bile duct

Pancreatic duct

Gallstone blocking
common bile duct

Duodenum

Gallstone blocking
common bile duct
and pancreatic duct



Субъективные проявления:

Наиболее характерным признаком заболевания является печеночная или желчная колика. Интенсивная боль локализуется в правом подреберье и в эпигастрии, иррадирует в спину, грудную клетку справа, правую лопатку, плечо, руку.

Присоединяются тошнота, повторная рвота, которая не облегчает болевых ощущений, метеоризм, задержка стула. При продолжительном приступе появляется зудкожи.

Объективное обследование.

При осмотре можно проявить желтуху (на вторые сутки), ксантомы. Возникает вздутие живота, напряжение мышц и местная болезненность при пальпации в правом подреберье.

Положительные желчно-пузырные симптомы и зоны гиперестезии (нижний угол лопатки, зона плеча, паравертебрально справа от VIII до IX грудного позвонка)

Желтушная
окраска
КОЖИ



КСАНТЕЛАЗМА ХНЕГО ВЕКА



В анализе крови наблюдается повышение уровня холестерина, рост активности щелочной фосфатазы.

УЗИ ЖП . Наименьший размер камней, которые можно диагностировать равен 1-2 мм. Нередко удается определить осадок (песок) в ЖП.

20-NAV-91
02:33:03PM
V320 # 43
DEPTH= 140
VEINS

CB

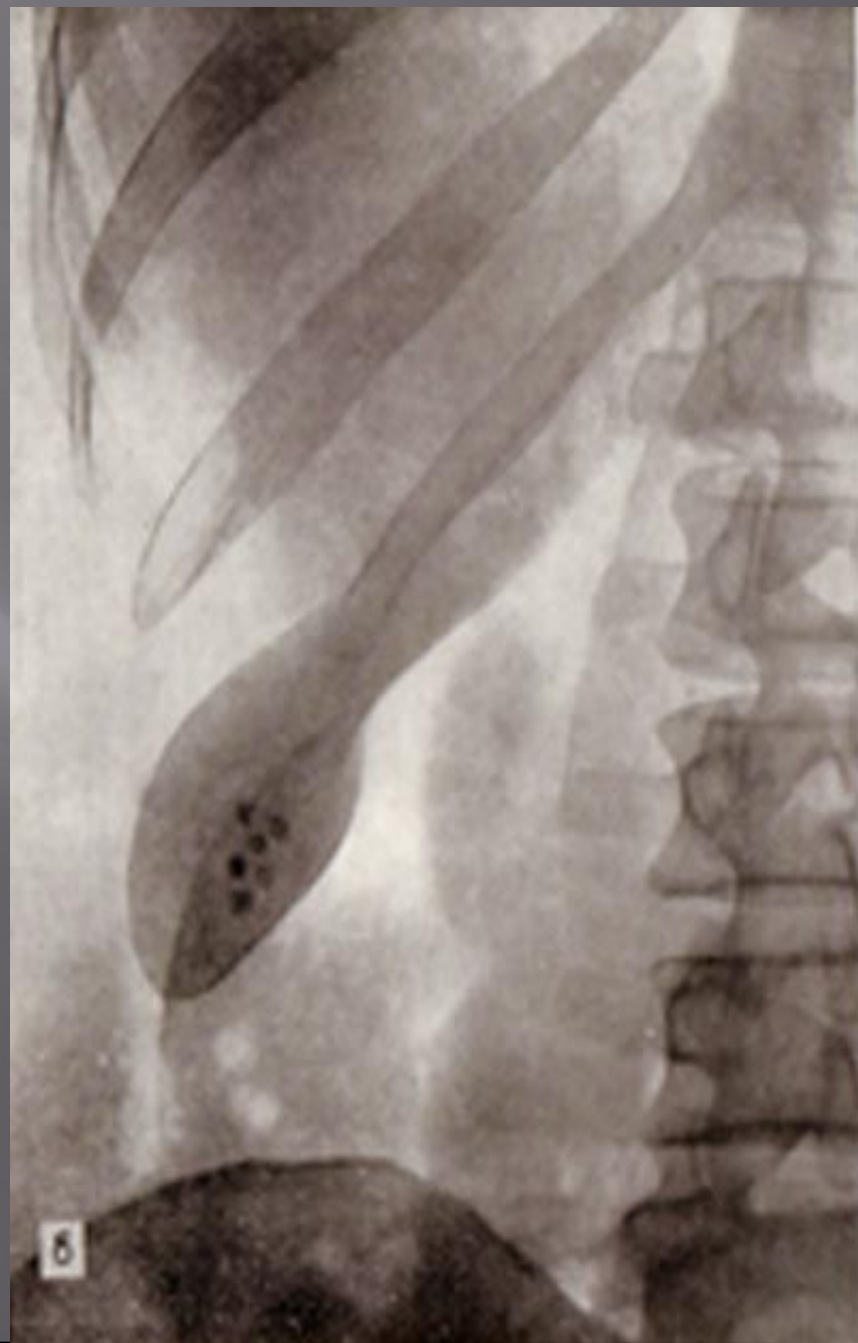
PWR = 048
50dB 1/4/2
GAIN=-13dB



УЗИ
(конкремент
в желчном
пузыре)



Холецистография.
Камни в желчных протоках и ЖП
просматриваются как
зоны просветления.







Лечение.

Первая стадия желчнокаменной болезни: диета № 5, употреблять много овощей, фруктов, систематически заниматься физической культурой, проводить профилактику ожирения.

Вторая стадия: Для растворения холестериновых (рентгеннегативных) камней в желчном пузыре назначают препараты хенодизоксихолевой (хенохол, хенофальк) и урсодизоксихолевой (урсофальк, урсо - 100) кислот.

В третьей стадии болезни, во время приступа желчных колек, больного госпитализируют в хирургическое отделение. Назначают спазмолитики, анальгетики, при необходимости – оперируют.

Холангит (ангиохолит - cholaengitis) – воспалительный процесс в желчных протоках. Различают острый и хронический холангит. Воспалительный процесс может быть катаральным и гнойным. Гнойный холангит характеризуется высокой температурой, ознобом и потливостью ("триада Шарко", "перемежающаяся печеночная лихорадка").

Клиника хронического холангита. Ощущение тяжести или тупая боль в правом подреберье, которая возникает при нарушении диеты, тряской езде, физической работе. Боли распространяются в правую лопатку, плечо. Диспепсический синдром: горький вкус во рту, отвращение к жирной еде, тошнота при вдыхании запаха такой еды. Зуд кожи, который может проявляться на ограниченной области.

Астенодепрессивный синдром: слабость, быстрая утомляемость. Длительные периоды немотивированного субфебрилитета с периодическим ознобом. При осмотре субиктеричность слизистых. Выявляют увеличенную, мягкую, болезненную печень.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг влево, ускорение СОЭ, анемия.

Б/х анализ крови: повышение уровня билирубина, альфа-2 и γ -глобулинов, трансаминаз, щелочной фосфатазы, сиаловых кислот, фибрина.

Общий анализ мочи: возможно появление белка, цилиндров, билирубина.

Инструментальные:

Хроматическое фракционное дуоденальное зондирование.

Порция В – большое количество мелкого цилиндрического эпителия.

Порция С – бактериальная флора, лейкоциты, увеличение сиаловых кислот, фибрина, трансаминаз.

УЗИ – расширение внутрипеченочных желчных протоков, увеличение печени.

В/в холангиография или эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выявляют расширенные желчные протоки.

Лечение:

назначают диету №5а,
антибактериальные
желчегонные средства.

При необходимости оперативное лечение.