

Холецистит

- Холецистит - воспаление желчного пузыря.

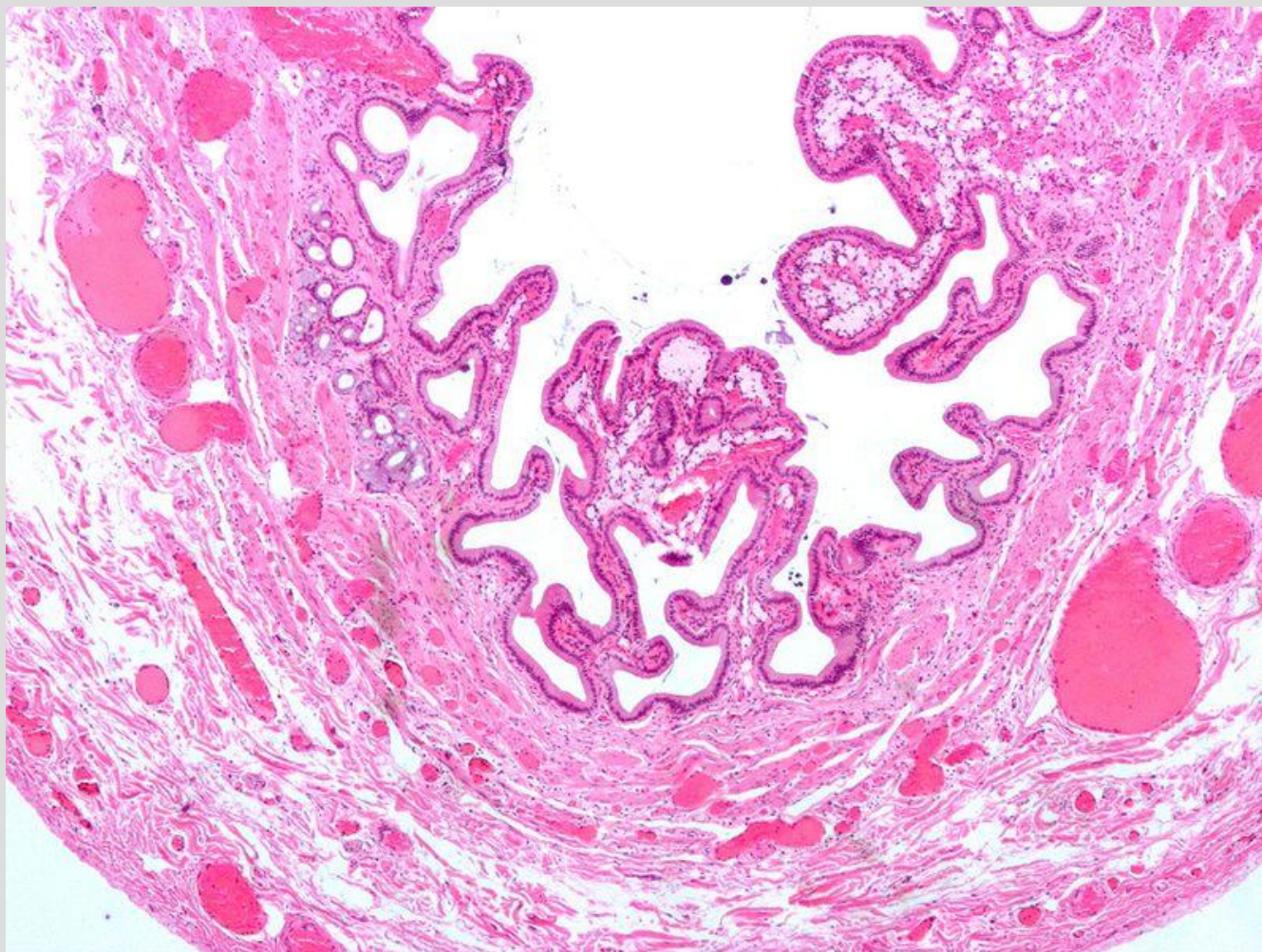


ЭТИОЛОГИЯ

- Основными причинами воспаления желчного пузыря являются бактериальная инфекция и застой желчи. Среди бактерий встречаются кишечная палочка, стафилококки, стрептококки и другие. В желчный пузырь они проникают из двенадцатиперстной кишки, с током крови и лимфы из очагов острой или хронической инфекции.

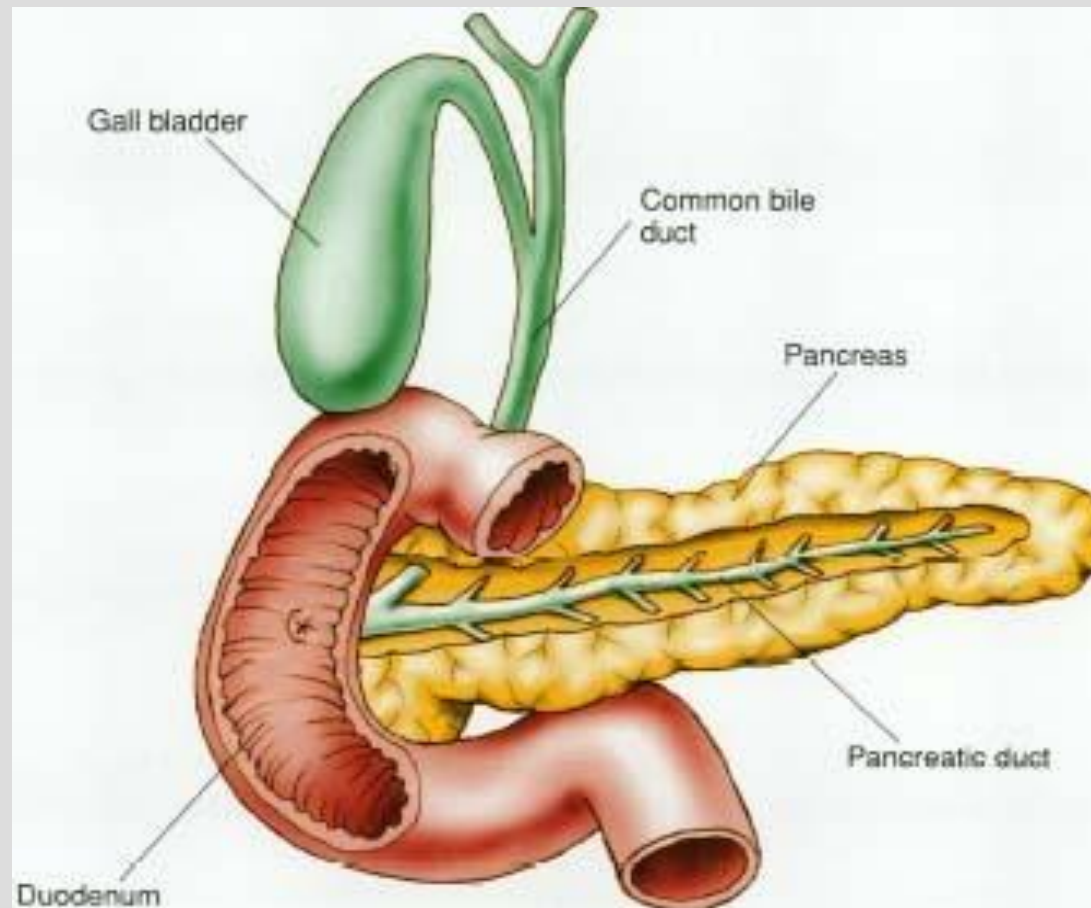
- Застой желчи способствует развитию холецистита. **Причиной застоя** могут быть дискинезия желчных путей, врожденная деформация выходной части желчного пузыря, нарушение нервно-рефлекторной регуляции сфинктерного аппарата, воспаление большого дуоденального сосочка, ранее образовавшиеся камни, закупоривающие пузырный и общий желчный протоки, опухоли брюшной полости. При воспалении желчного пузыря нарушаются физико-химические свойства желчи, соотношение желчных кислот и холестерина. Желчь становится менее бактерицидной. Изменяется рН (реакция) желчи, создаются условия для образования желчных камней.

Микрофотография при холецистите



- Холецистит развивается при наличии в желчном пузыре камней, травмирующих слизистую оболочку при своем перемещении, что способствует поддержанию воспалительного процесса и нарушению эвакуации содержимого из желчного пузыря. Крупные камни могут вести к эрозиям и изъязвлениям слизистой оболочки желчного пузыря с последующим образованием перифокального спаечного процесса, деформации желчного пузыря и нарушениям оттока пузырной желчи. К тому же сами камни являются резервуаром хронической инфекции.

- Причиной холецистита может быть также попадание в просвет желчного пузыря в результате панкреатобилиарного рефлюкса (обратного заброса) ферментов поджелудочной железы. Заболевание протекает бурно и сопровождается развитием желчного перитонита без нарушения целостности стенки желчного пузыря.



Классификация:

1. Для **острого холецистита** характерно неспецифическое воспаление. Он может быть катаральным и деструктивным. Деструктивный холецистит, в свою очередь, подразделяется на гнойный, флегмонозный, флегмонозно-язвенный, дифтеритический и гангренозный.
 - При остром катаральном холецистите желчный пузырь увеличен, напряжен, заполнен водянистой желчью (из-за примеси серозного экссудата). Слизистая оболочка пузыря гиперемирована (покрасневшая), отечна, покрыта мутной слизью. Обычно такое воспаление заканчивается полным восстановлением его структуры.

- Острый гнойный холецистит развивается чаще всего при наличии в желчном пузыре камней. Желчный пузырь увеличен, напряжен, серозная оболочка тусклая, покрыта налетом фибрина. В желчном пузыре обнаруживается гнойная воспалительная жидкость, окрашенная желчью, иногда с примесью крови. Острый гнойный холецистит чаще протекает по типу флегмонозного воспаления. Стенка пузыря утолщена, имеются участки омертвения и расплавления ткани. Слизистая оболочка полнокровная, набухшая, с кровоизлияниями, эрозиями и изъязвлениями. Иногда воспаление принимает гнойно-геморрагический характер. Дифтеритический холецистит характеризуется образованием омертвевших участков на слизистой оболочке, покрытых фибрином. Если омертвение распространяется на всю толщу стенки пузыря, то развивается гангренозный холецистит.

2. **Хронический холецистит** может быть катаральным и гнойным. При катаральной форме стенка желчного пузыря толстая, плотная, склерозированная, слизистая оболочка атрофирована. Гнойный холецистит вовлекает в процесс все слои стенки желчного пузыря; образуются абсцессы - источники новых обострений хронического холецистита. При рецидиве заболевания отмечается полнокровие сосудов, питающих стенку желчного пузыря, ее отек. Слизистая оболочка утолщена, с полиповидными изменениями на отдельных участках и образованием язв. Последние, заполняясь грануляциями (соединительной тканью), образуют рубцовые изменения (деформации). Иногда образуются спайки с соседними органами (перихолецистит).
- При прободении стенки желчного пузыря развивается разлитой желчный перитонит.

Клинические проявления острого холецистита.

Главным признаком заболевания является боль, носящая характер печеночной (желчной) колики. Колика возникает внезапно в правом подреберье, часто ночью и носит схваткообразный характер со смещением в поясницу справа, правое плечо и лопатку, правую половину шеи и лица. Боль связана с судорожными сокращениями пузыря, вызванными обтурацией (закупоркой) пузырного протока камнем, воспалительным процессом, рубцовыми изменениями, дискинезией шейки пузыря. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения, иногда замедлением частоты сердечных сокращений и повышением температуры. Смещаясь в левую половину грудной клетки, боль может вести к аритмии (холецистокардиальный синдром).

- Сначала боли острые, затем их интенсивность снижается, они становятся постоянными и тупыми.

- В зависимости от характера воспалительного процесса течение острого холецистита имеет свои особенности. Катаральный холецистит отличается доброкачественным течением: боль быстро исчезает, температура нормализуется, общее состояние выравнивается. Но он может перейти и в гнойный холецистит. Тогда температура повышается до 38-39°С, появляются слабость и симптомы интоксикации. Общее состояние тяжелое, болевой синдром продолжительный. Наиболее тяжелой формой острого холецистита является гангренозный холецистит. Локальная боль может отсутствовать из-за некротического процесса в стенке желчного пузыря. Нарастают интоксикация и перитонеальные явления, обостряется гепатит.

Хронический холецистит

- Горечь во рту - один из признаков начальной стадии хронического холецистита; отмечаются также чувство дискомфорта и умеренная боль в правом подреберье. Интенсивность боли зависит от степени тяжести воспалительного процесса в желчном пузыре и сопутствующей дискинезии. Дискинезия по гипотоническому типу дает боль постоянную и несильную, при дискинезии по гипертоническому типу появляется резкая боль приступообразного характера, напоминающая желчную колику. Боли смещаются в правую поясничную область, правое плечо и лопатку.

Острый калькулезный холецистит



Большой и мелкие камни в желчном пузыре.
Камень в желчевыводящем протоке.

Хронический холецистит



Диагностика острого холецистита

- Диагноз ставят на основании жалоб больного, данных осмотра и лабораторных исследований. При этом выявляют предрасполагающие к развитию заболевания условия, нарушение питания, сопутствующие заболевания органов пищеварения, наследственную отягощенность, беременность.
- При прощупывании живота определяется локальная болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Кера (усиление болезненности при прощупывании во время вдоха), Мерфи (больной не может глубоко вдохнуть из-за боли при погружении пальцев исследующего ниже края реберной дуги справа), Ортнера (боль усиливается при легком постукивании ребром ладони по правой реберной дуге), френикус-симптом (боль при надавливании над ключицей в месте развилки грудино-ключично-сосцевидной мышцы)

- В крови повышено количество лейкоцитов, увеличена СОЭ. Из инструментальных методов обследования рекомендуются ультразвуковая диагностика и компьютерная томография.

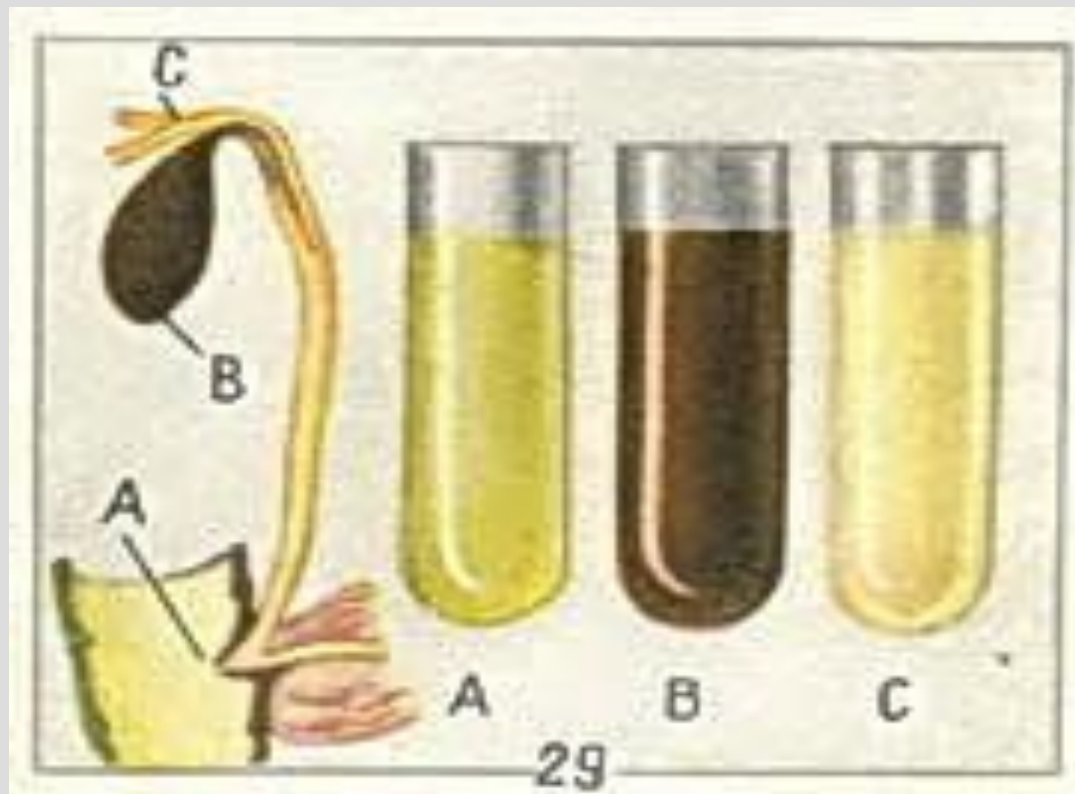
Дифференциальный диагноз острого холецистита проводят с аппендицитом, прободной язвой двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь), правосторонней пневмонией, плевритом, поддиафрагмальным абсцессом, инфарктом миокарда.

Диагностика хрон.холецистита

- Одним из достоверных методов обследования является рентгенологический. Делается обзорная рентгенография области правого подреберья, при которой можно обнаружить тени рентгеноконтрастных камней. С помощью ультразвука определяют состояние стенки желчного пузыря, наличие в нем камней и сократительную способность пузыря.



- При бактериологическом исследовании для посева берут желчь из разных порций.
- При хроническом холецистите выявляют смешанную колибациллярную и кокковую микрофлору. По мере развития воспалительного процесса в желчи понижается содержание холевой кислоты, билирубина, липопротеинового комплекса, изменяется холатохолестеринный индекс.



Лечение

- При любой форме холецистита назначаются постельный режим, голод на 1-2 дня, а затем щадящая диета - 4-6 раз в день малыми порциями (отварные рыба и мясо, паровой белковый омлет, вареные овощи, творог нежирный, каша овсяная и др.). Из лекарственных средств назначают антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламиды, спазмолитики, седативные средства; при сильных болях делают паранефральную новокаиновую блокаду.

- Если консервативное лечение оказалось неэффективным, то прибегают к срочному оперативному вмешательству.
- При тяжелом состоянии больного, когда холецистэктомию выполнить не представляется возможным, производят холецистостомию или холецистолитотомию.