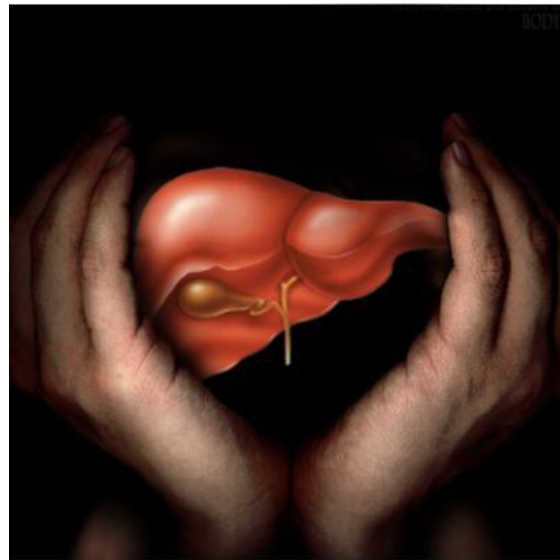


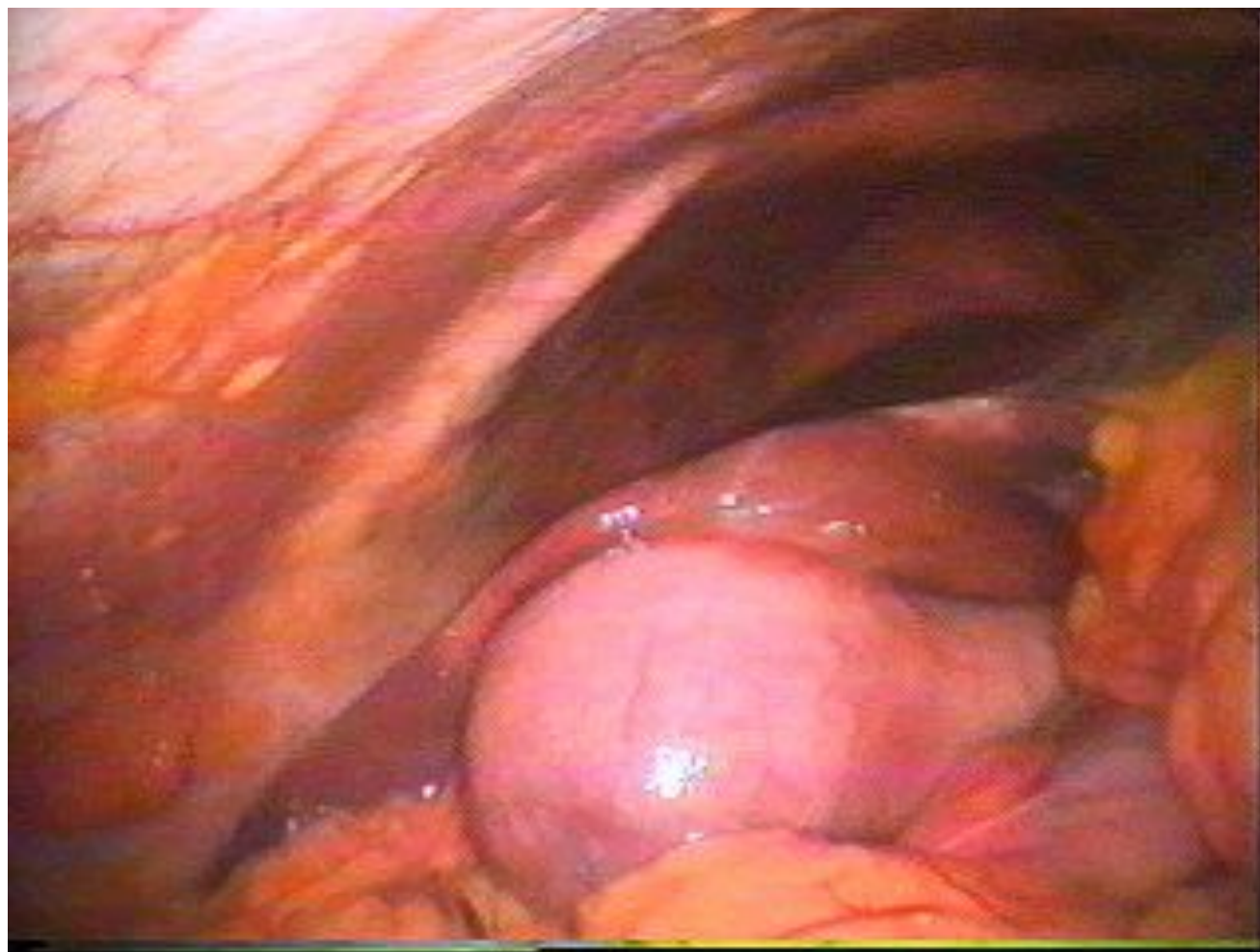
**ГБОУ СПО Медицинское училище  
Департамента здравоохранения города Москвы  
Внеаудиторная Самостоятельная Работа  
по дисциплине: Основы общей и клинической патологии**

**Презентация на тему: «Холецистит »**



**Выполнил студент группы 41тл9  
Бичикова Анастасия  
Проверил преподаватель:  
Сайдаков М.В.**

Холецистит – воспалительное заболевание желчного пузыря.



# ЭТИОЛОГИЯ

Инфекция

Холестаз

Нарушения кровообращения

Повышение внутрипузырного давления

# Инфекция

Кишечная палочка  
Стафило- и стрептококки  
Энтерококки  
Синегнойная палочка, протей  
Тифозные паратифозные бактерии  
Некlostридиальные анаэробы  
Смешанная

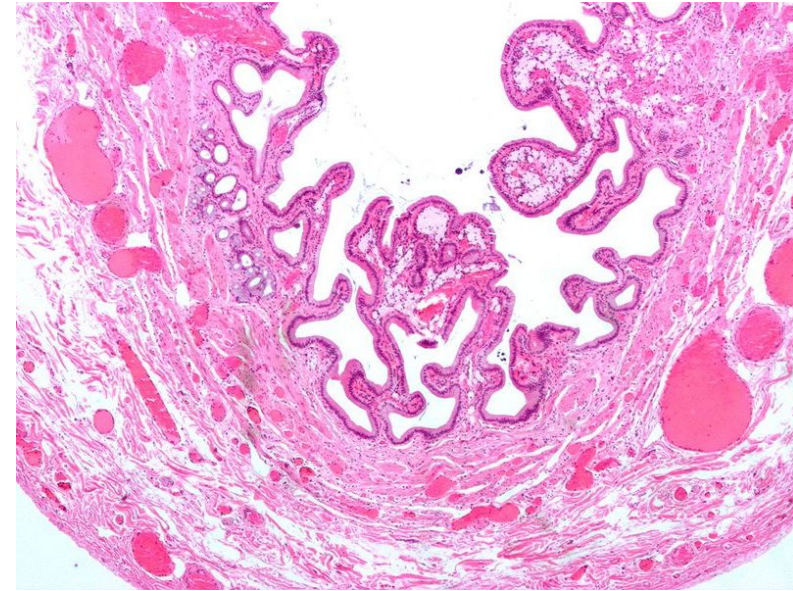
# Классификация

Микроснимок жёлчного пузыря при холецистите.

**1.Катаральный холецистит.** Его симптомы — интенсивные постоянные боли в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, правую лопатку, надплечье, правую половину шеи.

**2.Флегмонозный холецистит** имеет более выраженную клиническую симптоматику. Боли значительно интенсивнее, чем при катаральной форме воспаления. Боли усиливаются при дыхании, кашле, перемене положения тела. Чаше возникает тошнота и многократная рвота, ухудшается общее состояние больного, температура тела достигает фебрильной, тахикардия возрастает до 110—120 в минуту. Живот несколько вздут за счет пареза кишечника, при дыхании больной щадит правую половину брюшной стенки, кишечные шумы ослаблены.

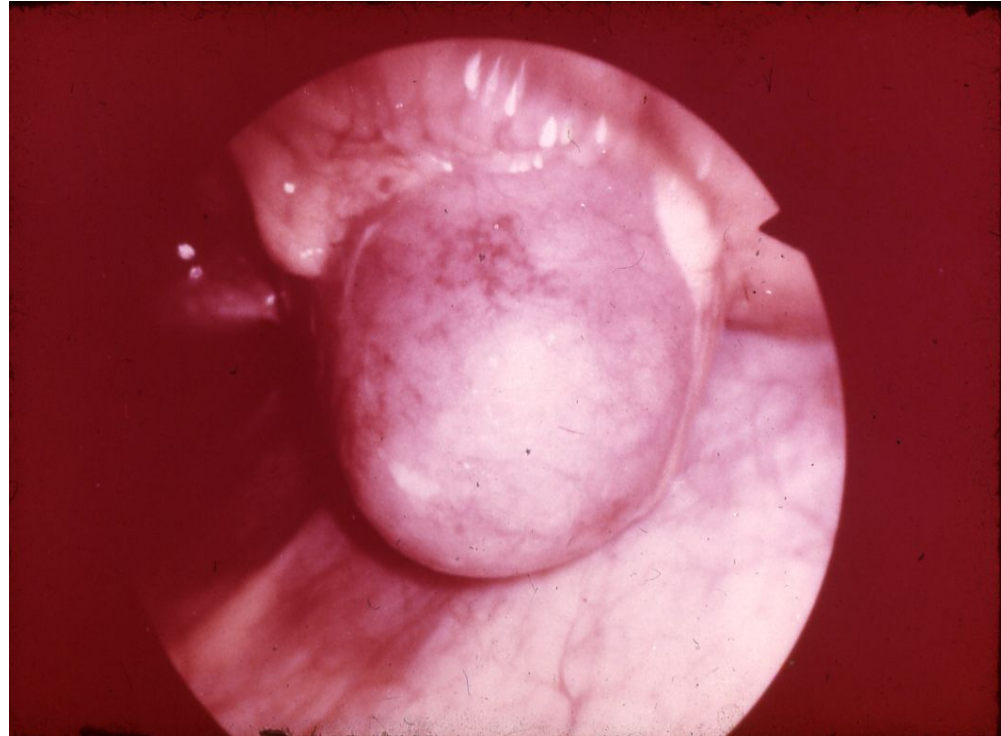
**3.Гангренозный холецистит** характеризуется бурным клиническим течением, обычно является продолжением флегмонозной стадии воспаления, когда защитные силы организма не в состоянии справиться с вирулентной микробной флорой.



Микроснимок жёлчного пузыря при холецистите.

## При катаральном воспалении

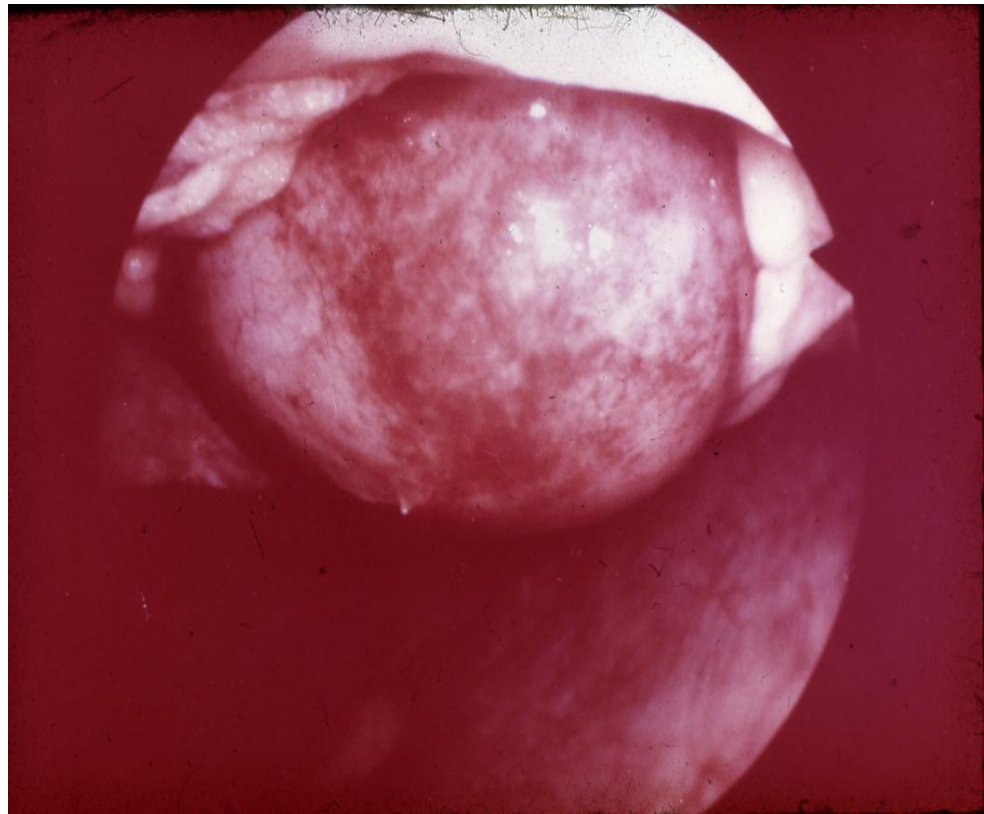
желчный пузырь, как правило, увеличен в размере, напряжен, стенка его отечна, слизистая и серозный покров гиперемированы, имеется инъекция сосудов. Содержимое пузыря желчь, камни, паразиты. Микроскопическим исследованием выявляется полнокровие, отек и лейкоцитарная инфильтрация слизистого и подслизистого слоев, десквамация эпителия. Эти изменения обратимы, поэтому такую форму воспаления удастся купировать комплексом консервативной терапии. Исходом будет полное выздоровление, но при сохраненном блоке пузырного протока возможно развитие водянки желчного пузыря.





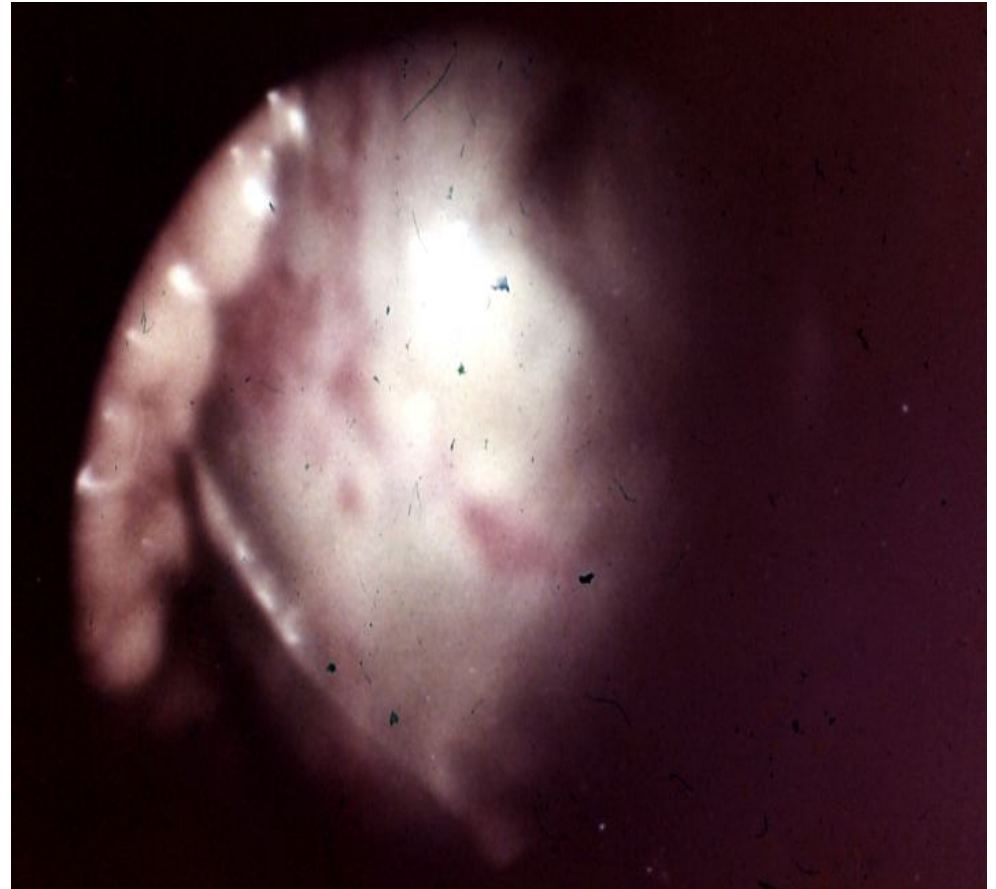
## **При флегмонозном холецистите**

(гнойном) желчный пузырь также увеличен в размере, резко напряжен, стенка его утолщена, инфильтрирована, покрыта фибрином, в просвете мутная желчь или гной, камни, слизь и т.д. Характеризуется диффузной инфильтрацией стенок желчного пузыря полиморфоядерными лейкоцитами, нередко с образованием микроабсцессов. Особенно выражены изменения слизистой в виде некроза, покрытого фибрином грязно-зелеными пятнами, при отторжении которых образуются глубокие язвы и возможна перфорация. Такую форму острого холецистита редко удастся вылечить консервативными мероприятиями. Часто образуется эмпиема желчного пузыря и развиваются гнойные осложнения: инфильтраты, абсцессы, перитониты



## При гангренозном

**холецистите** цвет желчного пузыря багрово-красный, стенка утолщена, слизистая некротизирована и местами отслаивается. Содержимое геморрагического характера с неприятным некротическим запахом. Морфологические изменения выражаются в некрозе всех слоев стенки пузыря. Эти изменения необратимы, сопровождаются развитием осложнений: перфорацией, перитонитом, нередко смертельных





## Причины возникновения холецистита: основные и дополнительные.

К основным причинам относят инфекционный фактор. Инфекция проникает в желчный пузырь через кровь, лимфу и восходящим путем из кишечника.

### Первичными источниками инфекции могут быть:

- острые или хронические воспалительные процессы желудочно-кишечного тракта (инфекционный энтероколит – воспалительное заболевание кишечника, панкреатит, аппендицит, дисбактериоз кишечника),
- дыхательных путей (синуситы, тонзиллит), полости рта (пародонтоз),
- воспалительные заболевания мочевыводящей системы (пиелонефриты, циститы),
- половой системы (аднекситы – у женщин, простатиты – у мужчин),
- вирусные поражения печени,
- паразитарная инвазия желчевыводящих путей (лямблиоз, аскаридоз)

## Дополнительные факторы:

1. Дискинезия желчевыводящих путей. Это функциональные нарушения тонуса и моторики билиарной системы (желчный пузырь и желчные протоки). Встречается в любом случае хронического холецистита, приводит к нарушению оттока и застою желчи.
2. Врожденные аномалии развития желчного пузыря.
3. Панкреатический рефлюкс. Заброс содержимого двенадцатиперстной кишки в желчные пути. Панкреатический сок с активными ферментами вызывает ферментативное повреждение стенок желчного пузыря. Встречается при заболеваниях поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки.
4. Нарушение кровоснабжения желчного пузыря. Возникают на фоне атеросклероза, гипертонической болезни, сахарного диабета, приводят к сужению просвета сосудов.
5. Нарушение нормального состава желчи (дисхолия). Изменение состава пузырной желчи и соотношения ее компонентов приводит к повреждению стенки желчного пузыря. Этому способствует прием однообразной, богатой жирами пищи.
6. Аллергические и иммунологические реакции вызывают воспалительные изменения в стенке желчного пузыря.
7. Наследственный фактор.
8. Эндокринные изменения (беременность, прием оральных контрацептивов, ожирение, нарушение менструального цикла).

Дополнительные факторы создают условия для развития воспаления и готовят благоприятную почву для внедрения микробной флоры.

## Острый холецистит

Основные признаки острого холецистита: приступообразные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку; тошнота и рвота; озноб и повышение температуры тела; возможны желтуха и зуд кожного покрова. Опасное осложнение острого холецистита — перитонит.

Показана холецистостомия (греч. chole желчь + cystis пузырь + stoma отверстие, проход) — наружное дренирование желчного пузыря при невозможности других вмешательств.

# Перитонит

Перитонит — это острое воспаление брюшины (тонкой оболочки, которая окутывает органы, находящиеся в брюшной полости).

Перитонит возникает при осложнении аппендицита, проникающих ранений в органы брюшной полости, прободных язв органов ЖКТ и др. Признаками возникновения перитонита служат сильнейшая боль в животе, заставляющая человека принимать вынужденное положение, рвота, в последствии становящаяся неукротимой, напряжение мышц стенки брюшины. Очень редко наблюдается хроническая форма перитонита, которая возникает и поддерживается воспалительными хроническими процессами или различными возбудителями в брюшной полости.

## Причины

Перитонит возникает вследствие воздействия инфекционных или химических раздражителей вследствие попадания в свободную брюшную полость желудочного содержимого (содержащего соляную кислоту), желчи, мочи, крови.

Перитонит может возникать вследствие нагноения избыточной свободной жидкости в брюшной полости, образовавшейся вследствие пропотевания из-за повышения венозного давления (асцит), воспаления органов брюшной полости



## Хронический холецистит

Хронический холецистит может быть бескаменным и калькулёзным, от латинского слова «calculus», что значит «камень». Калькулёзный холецистит является одним из результатов желчно-каменной болезни.

Хронический холецистит проявляется тошнотой, тупой болью в правом подреберье и другими неприятными ощущениями, возникающими после еды.

Наиболее грозным осложнением калькулёзного холецистита является печёночная колика. Если в желчевыводящие пути попадает некрупный (менее 1 см) камень, препятствует нормальному оттоку желчи, то в кровь поступают желчные пигменты и развивается подпечёночная желтуха.

Хронический холецистит может быть следствием острого, но может возникнуть и самостоятельно.

## Осложнения холецистита.

К осложнениям относят:  
перихолецистит,  
панкреатит,  
холангит,  
реактивный гепатит,  
дуоденит.

Водянка  
Эмпиема  
Инфильтрат  
Подпеченочный абсцесс  
Перфорация  
Местный или разлитой перитонит  
Желчно-кишечный свищ  
ОППН



**Перихолецистит**-воспаление брюшины, покрывающей жёлчный пузырь, или соединительной ткани, отделяющей его от печени. возникает при вовлечении в патологический процесс всех стенок желчного пузыря и серозной оболочки (брюшины). При этом состоянии болевой синдром носит постоянный и интенсивный характер, распространяется на правый бок, усиливается при повороте и наклоне туловища.

**Холангит** — воспалительный процесс в желчных протоках. Основным симптомом является повышение температуры до 40 градусов с потрясающими повторными ознобами, тошнота, рвота, схваткообразные боли в правом подреберье

## Диагностика холецистита.

### Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови. Выявляет признаки воспаления.
2. Биохимический анализ крови: общий билирубин и его фракции, трансаминазы, щелочная фосфатаза, холестерин. Наблюдается их умеренное повышение.
3. Сахар крови. Для диагностики сахарного диабета.
4. Общий анализ мочи. Для дифференциальной диагностики с заболеваниями почек.
5. Кал на яйца глистов. Для выявления лямблий, аскарид.
6. Микроскопическое и бактериологическое исследование желчи.
7. Иммуноферментативное исследование крови на лямблиоз.
8. Анализ кала на эластазу 1. Для диагностики панкреатита.

В диагностике холецистита важную роль играют данные лабораторных исследований и холецистохолангиография.

## Инструментальные обследования:

1. УЗИ органов брюшной полости. Выявляет утолщение стенок желчного пузыря (утолщение больше 4мм – является основным диагностическим критерием холецистита), застой и згущение желчи – «сладж», наличие камней в желчном пузыре, деформацию желчного пузыря.
2. УЗИ с желчегонным завтраком – для выявления дискинезии желчного пузыря.
3. Многофракционное дуоденальное зондирование (проводится только при отсутствии желчекаменной болезни) с микроскопией и посевом желчи. Регистрация дуоденального содержимого производится через каждые 10 минут, позволяет установить тип секреции (гиперсекреторный, нерегулярный, гипосекреторный), состояние сфинктеров желчных путей, определяет характер сократительной способности желчного пузыря, наличие воспалительных элементов и бактериальной флоры.
4. Рентгенологическое исследование брюшной полости (для выявления рентгенконтрастных камней).
5. ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия.
6. ЭКГ. Для дифференциальной диагностики с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
7. Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс. Проводят в сложных для диагностики случаях.