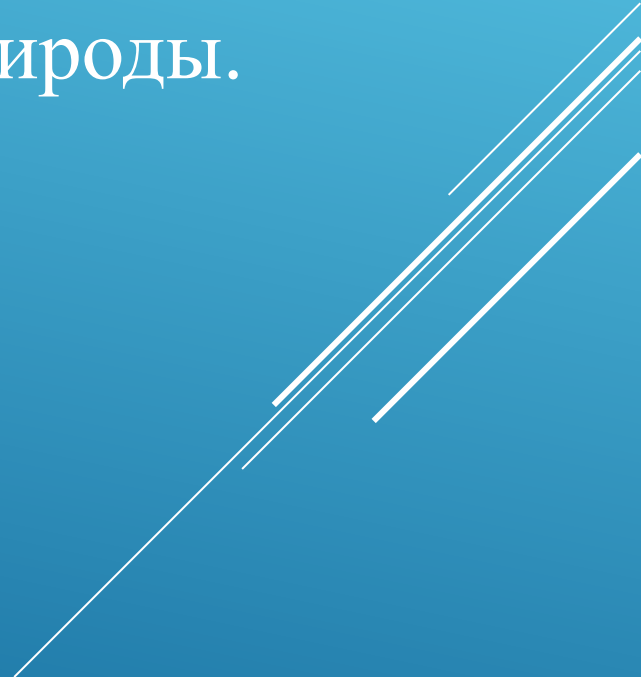


# Хронический холецистит

Подготовила: студентка 6 группы 4 курса  
Филонюк Ольга Анатольевна

Хронический холецистит - воспалительное заболевание желчного пузыря инфекционной (бактериальной, вирусной или паразитарной) природы.

Several thin, parallel white lines of varying lengths and orientations are located in the bottom right corner of the slide, serving as a decorative element.

## Классификация хронического холецистита (И.И.Дегтярева, И.Н. Скрышник, 2000):

1. Хронический латентный холецистит (безболевая форма с наличием общих проявлений в виде аллергических реакций, гиперпигментации кожи и др.)
2. Хронический бескаменный холецистит с наличием литогенных свойств желчи:
  - «замазка», уплотнение стенок ЖП (по данным ультрасонографии);
  - повышение содержания холестерина, снижение уровня ЖК и холато-холестеринового коэффициента; наличие микролитов в осадке желчи.
3. Хронический холецистит с возможным указанием на наличие перипроцессов (изгибы, перетяжки врожденного или приобретенного происхождения).
4. Хронический бактериальный холецистит (после бактериологического посева желчи).

Клиническая картина хронического бескаменного холецистита характеризуется длительным прогрессирующим течением с периодическими обострениями.

Симптомы:

- боли в правом подреберье или в подложечной области, усиливающиеся при физической нагрузке, употреблении жирных, острых, жареных блюд, яиц, холодных или газированных напитков, вина, пива;
- повышение температуры тела;
- тошнота;
- рвота;
- отрыжка горечью или постоянных горький вкус во рту;
- вздутие кишечника;
- запор или понос.

**При объективном клиническом обследовании выявляются характерные болевые точки при глубокой пальпации в области ЖП – симптомы:**

- Кера (болезненность в области ЖП, усиливающаяся на вдохе);
- Грекова-Ортнера (болезненность при поколачивании по реберной дуге справа);
- Мерфи (резкая боль при пальпации области ЖП при глубоком вдохе);
- Мюсси-Георгиевского, френикус-симптом (надавливание на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа);
- Леапене (боль при поколачивании в правой подреберной области).

## Программа обследования:

- оценить анатомическое (размеры, положение, толщина стенки, врожденные аномалии ЖП, рубцы, спайки; наличие, количество, способность к перемещению в полости ЖП, возможный состав конкрементов) и функциональное (сократительная способность, тип дискинетических расстройств) состояние желчевыведительных путей;
- определить степень выраженности воспалительного процесса ЖП, инфицированности желчи по оценке пузырной желчи (порция В) при дуоденальном зондировании (мутная с хлопьями желчь, значительная примесь слизи, цилиндрического эпителия, пигментных клеток, клеточного детрита, лейкоцитов, паразитов – лямблии, микрофлоры – при бактериологическом исследовании);
- исключить или определить степень участия в патологическом процессе гепатоцитов (БХИ сыворотки крови: билирубин, холестерин, АлАт, АсАт, ЩФ, СРБ, серомукоид, фибриноген, белок и белковые фракции в БХИ сыворотки крови);
- оценка степени выраженности общей реакции организма на воспалительный процесс – ОАК;
- исключить сопутствующее поражение других органов ЖКТ, анатомически и функционально связанных с желчевыводящими путями – желудок, 12-ПК, поджелудочная железа (ФГДС, УЗИ)

## Лечебная программа хронического холецистита:

1. Щадящая диета
2. Противорецидивное лечение 2 р/год
3. Антибактериальное лечение с использованием одного из АБ: тетрациклины: доксициклин внутрь в течение 8-10 дн. с переходом на прием внутрь, цефалоспорины: цефалексин, цефазолин 25-50 мг/кг/сут., макролиды: эритромицин 15-30 мг/кг/сут. или сульфаниламиды: ко-тримоксазол 20-40 мг/кг/сут. 3 р/дн. в теч. 7-10 дн.
3. Желчегонные средства: аллохол внутрь детям >5 лет 1-2 драже 3 р/дн. во время еды – 10-14 дн.
4. Симптоматическая терапия (по показ.): спазмолитики: дротаверин детям до 6 лет в разовой дозе 10-20 мг, 6-12 лет – 20 мг 1-2 р/сут., папаверин детям от года до 12 лет в разовой дозе 0,2-0,3 мг/кг 2-3 р/дн., старше 12 лет – 10-20 мг 2 р/дн.
5. Фитотерапия: курсы желчегонных трав (кукурузные рыльца, зверобой, шиповник, ромашка) - 4 нед.
6. Эубиотики: бифидумбактерин по 5-10 доз 3 р/дн. за 30 мин. до еды, лактобактерин по 5 доз 3 р/дн. за 30- мин. до еды – 10-14 дн.
7. Ферментные препараты: панкреатин 0,1-0,5 3 р/дн. – 2 нед.



ВН определяется при обострении хронического холецистита.

При легкой форме обострения клинические симптомы не резко выражены, отмечается повышение температуры тела до 37-37,5, незначительное усиление диспепсических расстройств и болевого синдрома, увеличение лейкоцитов и СОЭ в крови. Продолжительность ВН – 5-7 дней.

При обострении средней тяжести клинические проявления более выражены: повышается температура тела до 39, более интенсивен болевой синдром, повторная рвот, может быть кратковременная желтушность кожных покровов, склер, иногда рефлекторная стенокардия. Функция ЖП нарушается, при дуоденальном зондировании часто не удается получить пузырный рефлекс, при холецистохолангиографии определяется деформация ЖП, в ряде случаев – «отключенный» желчный пузырь, в процесс вовлекаются желчные протоки, печень, поджелудочная железа, желудок; значительное увеличение лейкоцитов и СОЭ в крови. Продолжительность ВН – 18-20 дней, а при вовлечении в процесс других органов до 28-30 дней. Показана госпитализация в стационар.

При тяжелой форме обострения наряду с резко выраженными клиническими проявлениями и значительными изменениями лабораторных и биохимических данных, отмечаются осложнения в виде холангита, реактивного гепатита и панкреатита. Продолжительность ВН при отсутствии показаний к хирургическому лечению – 28-30 дней.



# Диспансеризация

1. Наблюдение 1 раз в год или индивидуально в зависимости от тяжести.
2. Дополнительный медицинский осмотр врача-гастроэнтеролога.
3. Диагностические исследования, необходимые для контроля за заболеванием: общий анализ крови, анализ крови биохимический (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочевины, креатинин), ЭКГ, УЗИ ОБП, ФГДС – по медицинским показаниям.
4. Основные лечебно-профилактические мероприятия: режим питания, лечение согласно клиническим протоколам.
5. Критерии эффективности диспансеризации: Отсутствие или уменьшение частоты рецидивов. Снижение временной нетрудоспособности

**Спасибо за  
внимание!**

