

ПРАКТИКА № 15

Хронический холецистит

Дискинезия желчевыводящих путей



Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин



Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

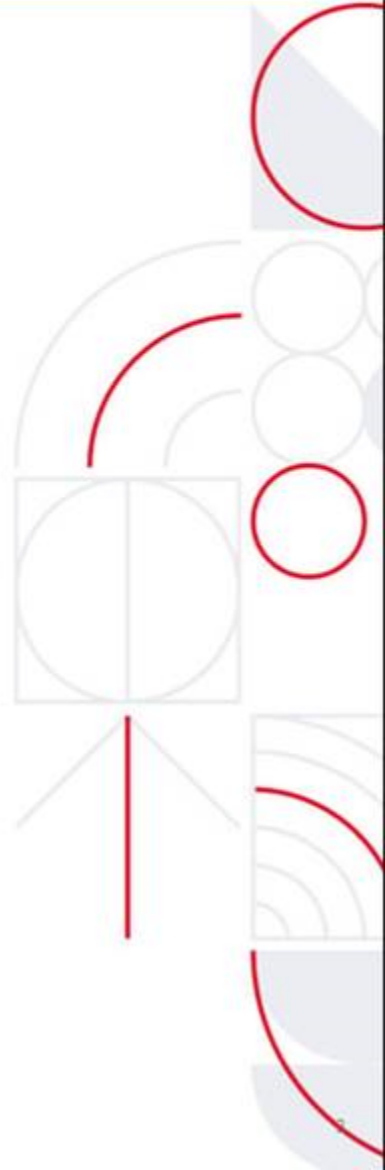
- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



План лекции

1. Контроль посещаемости
2. Пример экзаменационного вопроса
3. Желтуха
4. Хронический холецистит
5. Дискинезия ЖВП
6. Список литературы



Хронический холецистит

- хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря,
- является исходом перенесенного острого холецистита, но может с самого начала протекать как хронический процесс.
- воспалительно-рубцовый процесс охватывает все слои стенки желчного пузыря. Она постепенно склерозируется, утолщается, местами в ней отлагается известь.
- Желчный пузырь уменьшен и спайками сращен с соседними органами; спайки деформируют желчный пузырь и нарушают его функцию, что создает условия для поддержания воспалительного процесса и его периодических обострений.

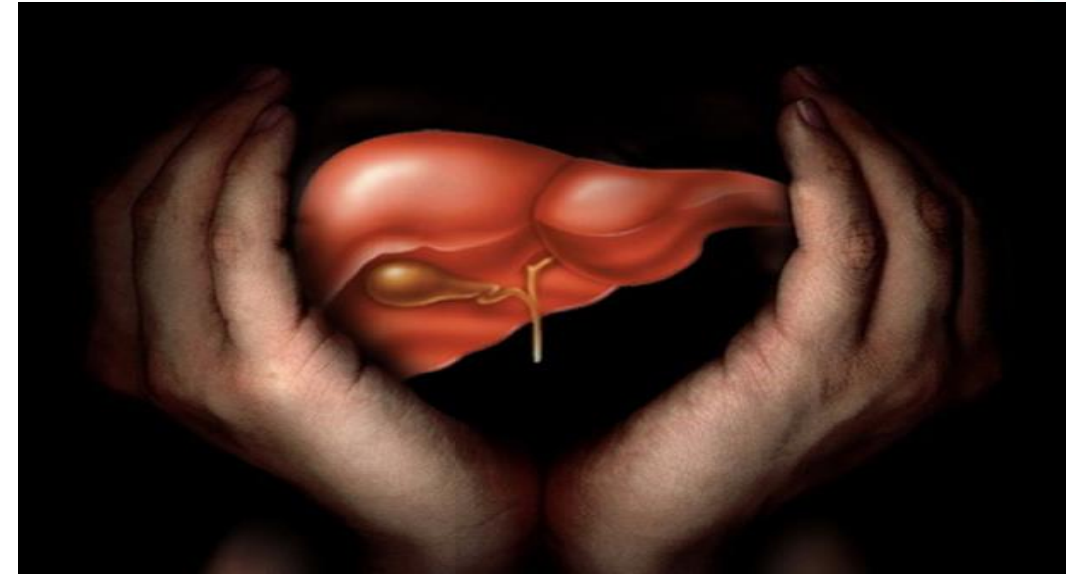
Предрасполагающие факторы

1. Застой желчи:
 - дискинезии желчевыводящих путей,
 - ожирение и беременность,
 - стрессы,
 - нарушение режима питания,
 - недостаточное содержание в пище грубой растительной клетчатки,
 - гипокинезия,
 - врожденные аномалии желчного пузыря
2. Рефлекторные влияния со стороны органов брюшной полости при развитии в них воспаления.
3. Дисбактериоз кишечника.
4. Нарушения обмена веществ, способствующие изменению физико-химических свойств и состава желчи (ожирение, сахарный диабет, подагра и др.).
5. Наследственная отягощенность

Этиология

ИНФЕКЦИЯ

- кишечная палочка,
- стрептококк,
- стафилококк,
- энтерококк.
- смешанная микрофлора.
- вирусы гепатита В и С.



ЗАСТОЙ ЖЕЛЧИ

Инфекция проникает в желчный пузырь тремя путями:



Патогенез хронического холецистита





Классификация хронического холецистита по А.М. Ногаллеру:

По степени тяжести:

- а) легкая,
- б) средней тяжести,
- в) тяжелая форма.

По стадиям заболевания:

- а) обострения,
- б) стихающего обострения,
- в) ремиссии (стойкой и нестойкой).

По наличию осложнений:

- а) не осложненный,
- б) осложненный.

По характеру течения:

- а) рецидивирующий,
- б) монотонный,
- в) перемежающийся.

Степени тяжести хронического холецистита



легкая

- обострения 1-2 раза в год,
- продолжительность обострения не более 2-3 недель.
- Диспепсические явления отсутствуют.
- Функция печени, как правило, не нарушена.

средняя

- стойкий болевой синдром.
- Часто беспокоят тошнота, изжога, металлический вкус во рту, может быть рвота пищей на высоте болей, желчью, отрыжка.
- синдром кишечной диспепсии (метеоризм, чередование запоров и поносов).
- Нередко отмечается ↓ работоспособности, раздражительность, бессонница.
- Обострения бывают чаще (5-6 раз в год), длительные.

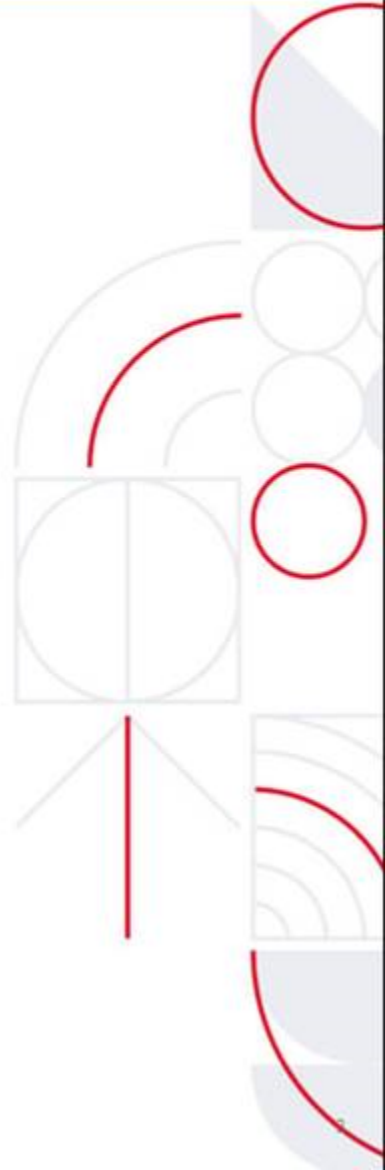
тяжелая

- резко выражен болевой синдром и диспепсические явления,
- отмечаются частые (1-2 раза в месяц и чаще) и продолжительные желчные колики.
- Медикаментозная терапия малоэффективна.
- Не редко развиваются осложнения (перихолецистит, холангит, перфорация желчного пузыря, водянка пузыря, эмпиема).



Осложнения хронического холецистита:

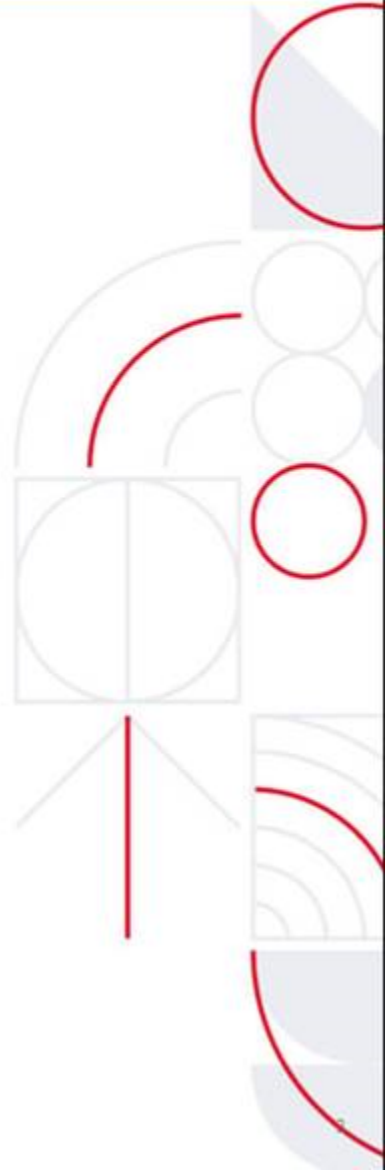
- перихолецистит,
- холангит,
- перфорация желчного пузыря,
- водянка,
- эмпиема желчного пузыря,
- образование камней,
- вторичные изменения печени;
- атрофический дуоденит;
- хронический панкреатит.





Клиническая картина

- болевой,
- диспепсический,
- воспалительный,
- нарушение функции кишечника,
- нарушение липидного обмена,
- холестатический,
- вовлечение в процесс других органов и систем.





Характеристика болевого синдрома

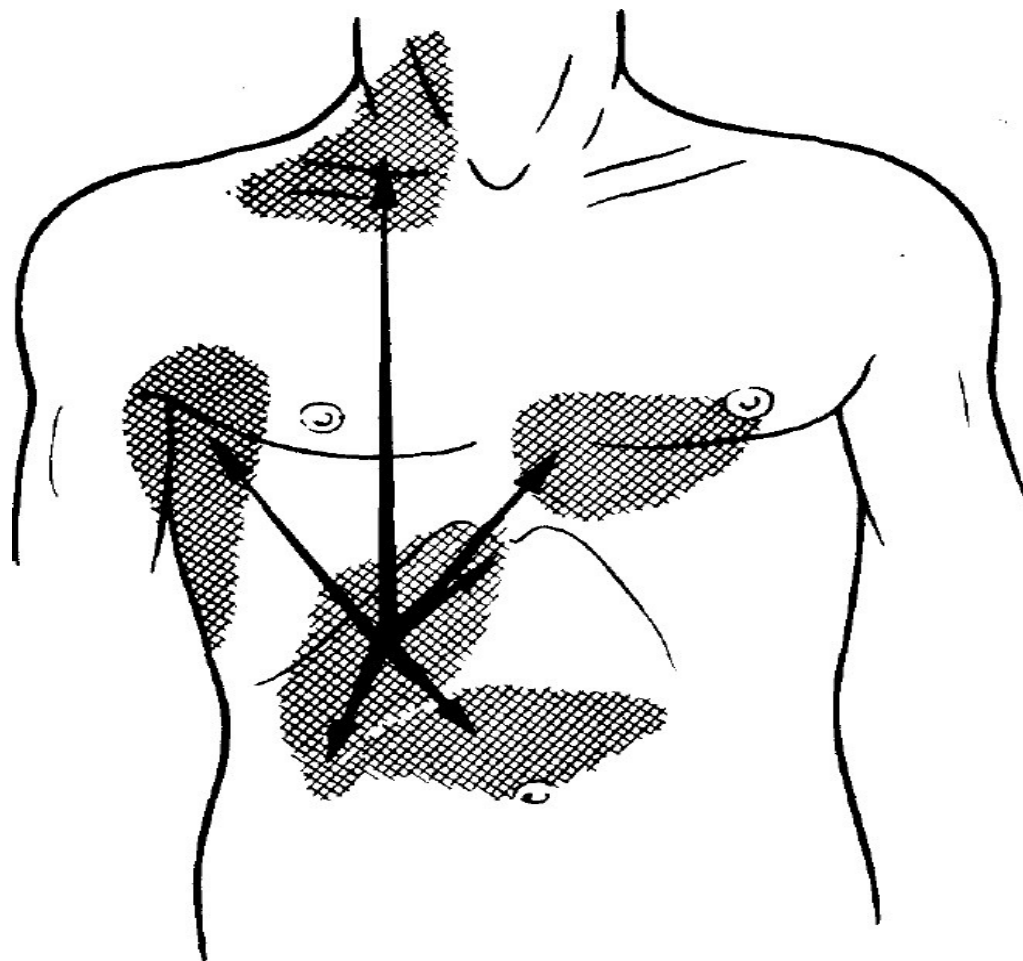
1. Локализация - в правом подреберье, иногда или появляются только в местах типичной иррадиации. Могут быть боли в области спины.
2. Характер - при ХБХ боли тупые, терпимые. При калькулезном - резкие нестерпимые боли.
3. Длительность – несколько часов, дней.
4. Иррадиация в лопатку, правое плечо, область шеи справа.



Характеристика болевого синдрома

5. Возникают через 40-90 мин после еды, особенно обильной и богатой жирами, а также после тряской езды и длительного ношения тяжестей. Нередко боли возникают или усиливаются при длительном пребывании в положении сидя.
6. Исчезают от местного применения тепла, спазмолитиков.
7. Сопровождаются изжогой, тошнотой, отрыжкой воздухом и пищей.
8. У 85% больных боль отличается монотонностью, лишь у 10-15% наблюдаются редкие, сравнительно малоинтенсивные приступы желчной колики.

Возможная иррадиация боли при холецистите



- **Диспепсический синдром** возникает в результате забрасывания желчи в желудок. Появляется ощущение горечи во рту, иногда тяжесть в эпигастрии, присоединяется тошнота, рвота. Может быть изменение аппетита, плохая переносимость жирной пищи и алкоголя.
- **Воспалительный синдром:** повышение температуры тела, связанное с развитием воспаления желчного пузыря.
- **Нарушение функции кишечника.** Склонность к метеоризму, иногда непереносимость молочной диеты, частые поносы, реже запоры.

Положительные пальпаторные симптомы:

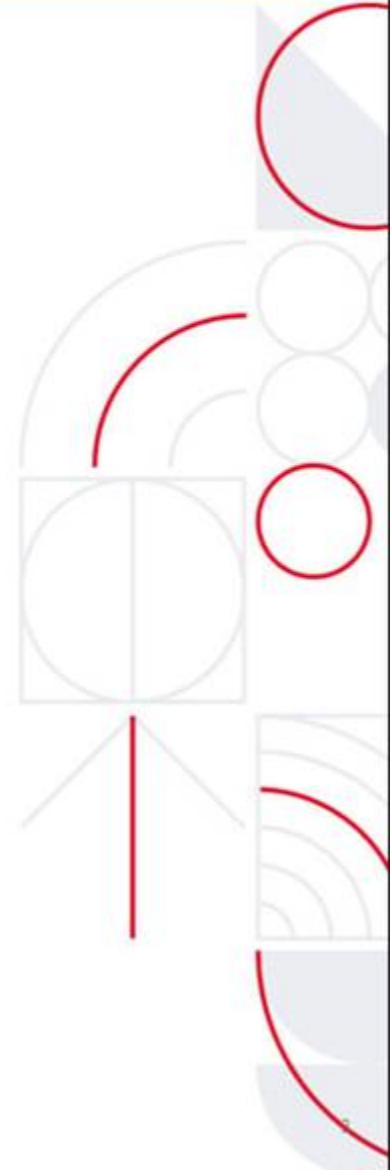
- **Кера.** Болезненность при пальпации области желчного пузыря.
- **Мерфи.** Болезненность при пальпации желчного пузыря в положении сидя на вдохе.
- **Мюсси-Георгиевского.** Болезненность между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.
- **Лепене.** Болезненность при поколачивании по правому подреберью.
- **Грекова-Ортнера.** Болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.





Маски хронического холецистита:

- «желудочно-кишечная маска»
- «кардиальная»
- «невротическая»
- «ревматическая»
- «тиреотоксическая»



Диагностика хронического холецистита

1. Общий анализ крови.
2. Неспецифические маркеры воспаления - появление С-реактивного белка, увеличение альфа-2-глобулинов, увеличение сиаловых кислот.
3. Общий анализ мочи.
4. Копрологическое исследование.
5. Биохим.анализ крови – холестерин, билирубин, γ -ГТП, ЩФ, амилаза, АСТ, АЛТ.



Диагностика хронического холецистита

6. Дуоденальное зондирование.
7. Рентгенологическое исследование (пероральной холецистография, внутривенная холецистохолангиография).
8. Фиброгастродуоденоскопия.
9. ретроградная панкреатохолангиография .
10. Ультразвуковая диагностика.
11. Консультация хирурга.

Фазы дуоденального зондирования

Первая фаза, или холедохус-фаза, длится 10-15 мин, изливается 15-20 мл содержимого общего желчного протока и ДПК.

Продолжительность второй фазы, или фазы закрытого сфинктера Одди, составляет 3-6 мин; в это время прекращается выделение желчи.

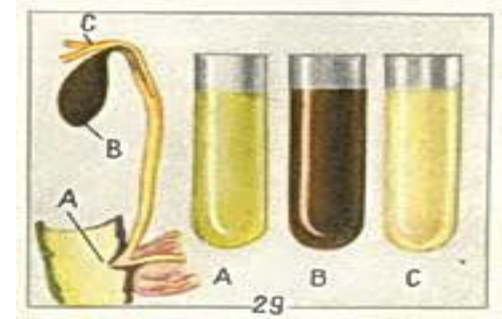
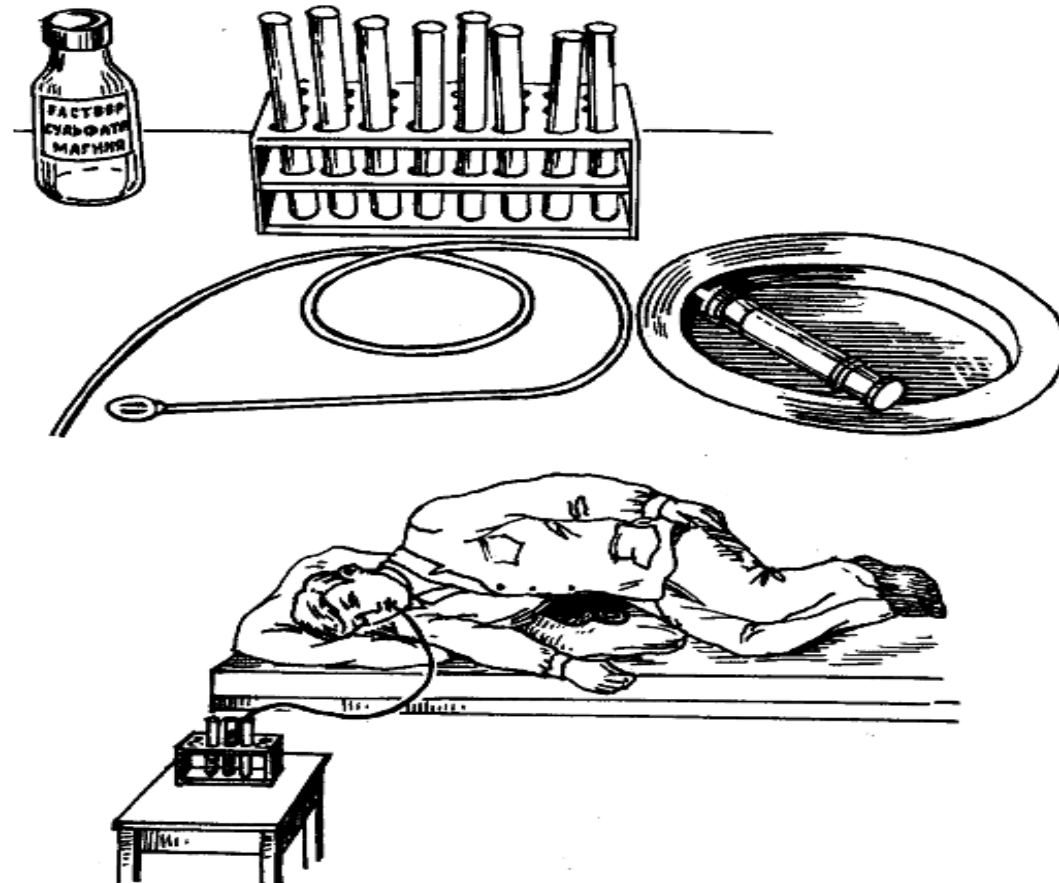
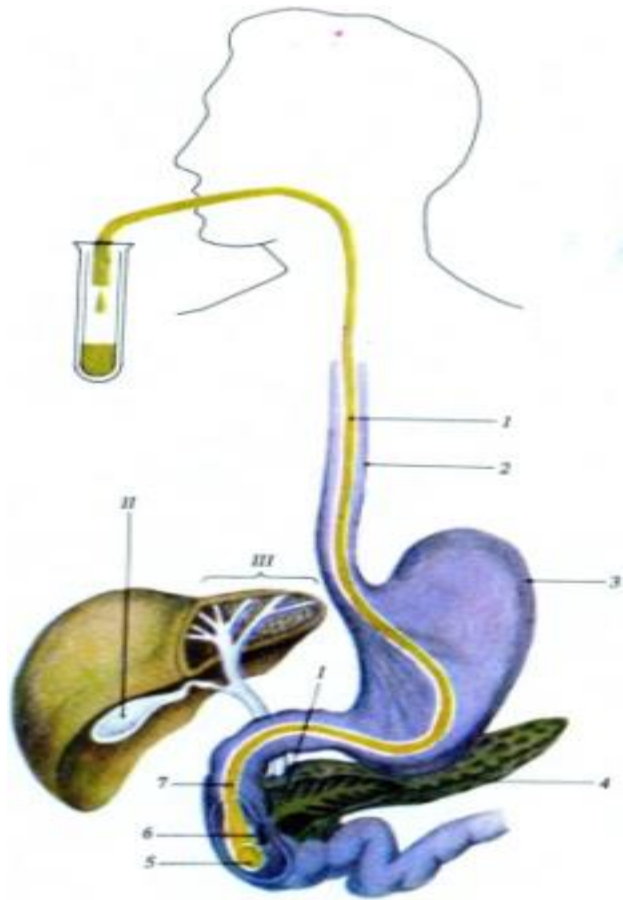
Третья фаза, фаза выделения порции «А», 3-5 мин, выделяется 3-5 мл светло-желтой желчи. Она начинается с момента открытия сфинктера Одди и заканчивается открытием сфинктера Люткенса.

Четвертая фаза, пузырьная фаза выделения желчи порции «В», с момента открытия сфинктера Люткенса и опорожнения желчного пузыря - появления темно-оливковой порции «В»-желчи. В норме 30-50 мл порции «В» желчи, время выделения 20-30 мин.

Пятая фаза - печеночная, фаза «С» порции желчи - от окончания выделения «В» порции желчи длится обычно 10-20 мин, в течение которой выделяется 10-30 мл янтарно-желтой желчи.

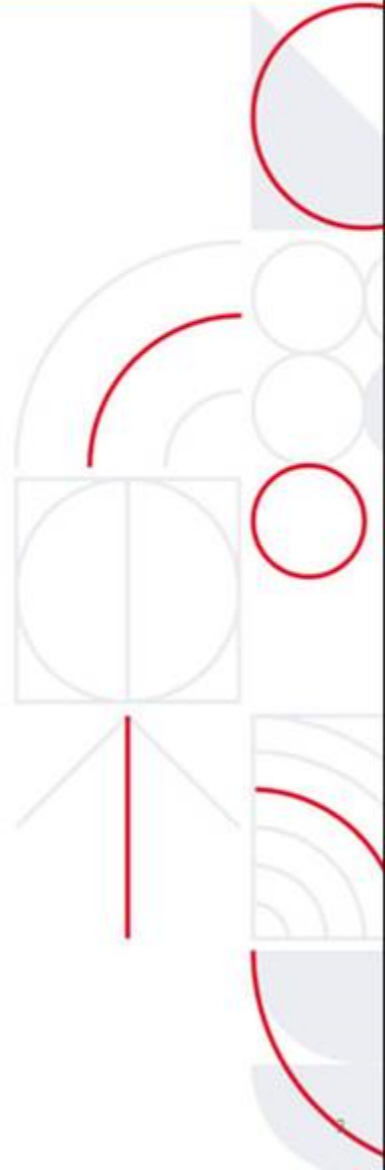
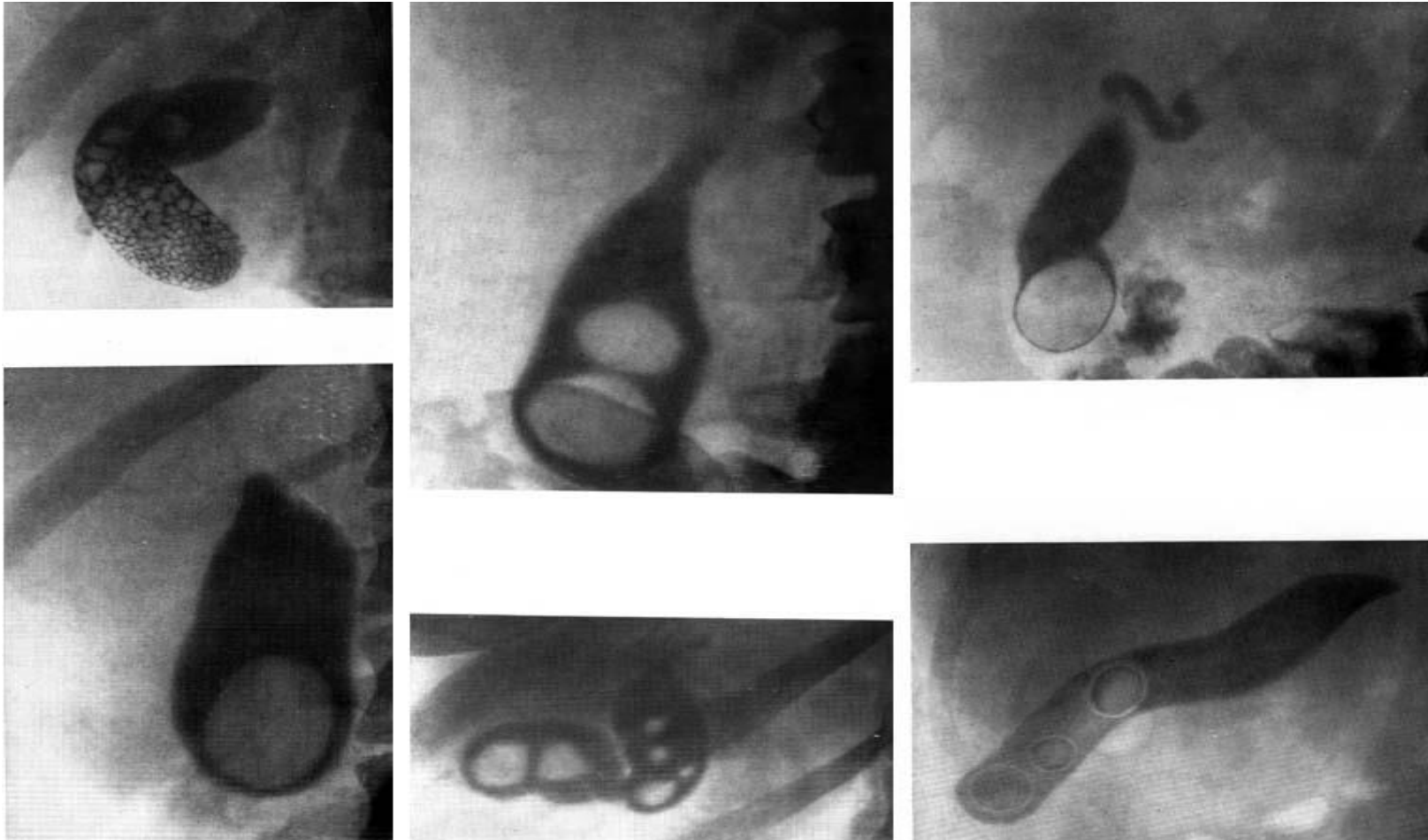


Дуоденальное зондирование





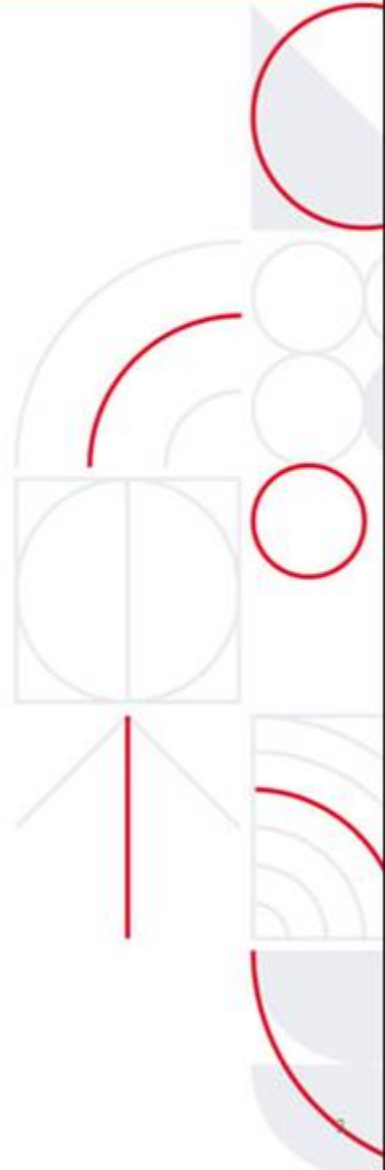
Конкременты в желчном пузыре на холецистограммах





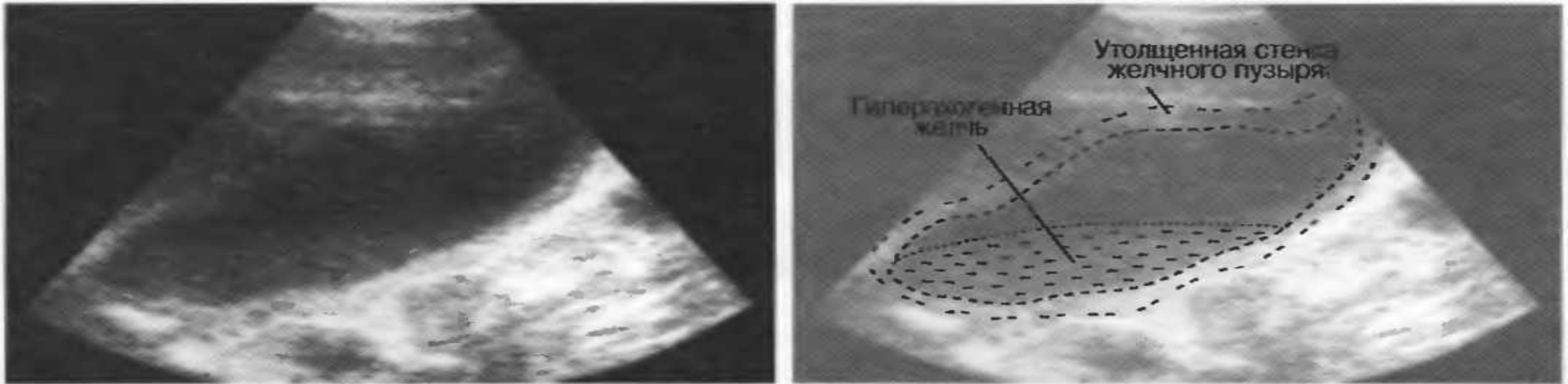
Нормы УЗИ

- длина ЖП 60–100 мм,
- ширина ЖП 30–50 мм,
- толщина стенок — не более 3 мм,
- общий желчный проток составляет 6-8 мм.



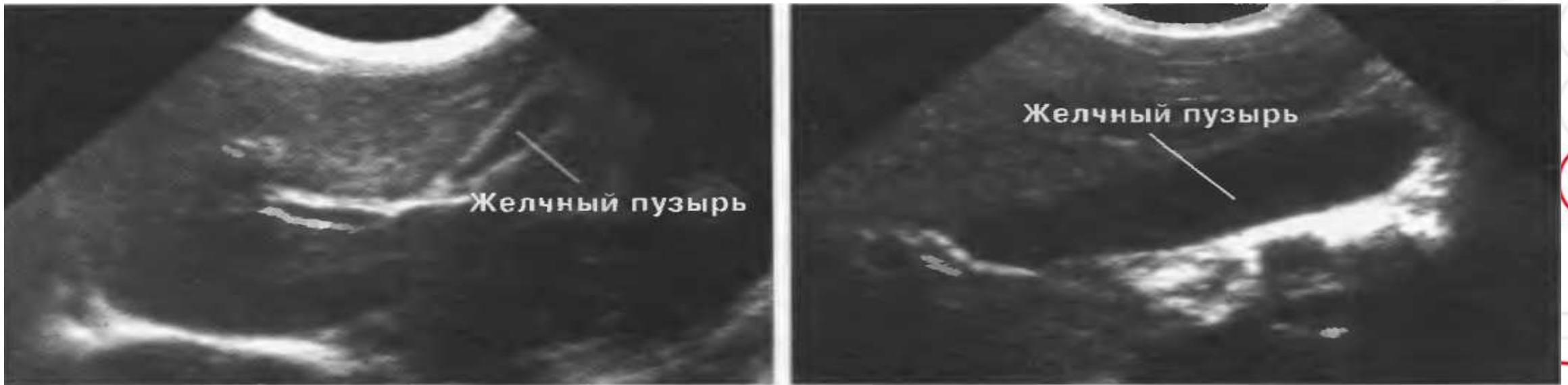


УЗИ-диагностика





УЗИ-диагностика





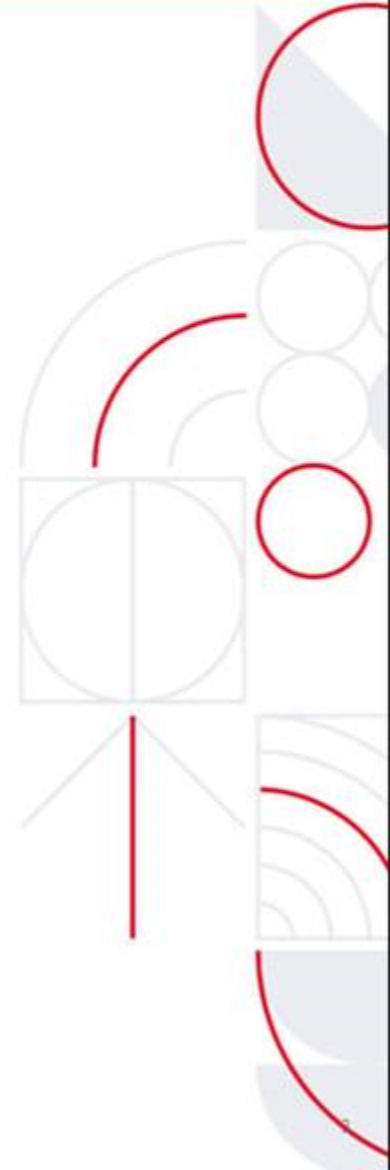
УЗИ-диагностика





Лечение хронического бескаменного холецистита

- Режим, лечебное питание.
- Антибактериальная терапия.
- Обезболивающая терапия.
- Координация нарушений функции ЖП, сфинктерного аппарата желчеотделения.
- Коррекция нарушений пищеварения.
- Дезинтоксикационная терапия.
- Иммуномодулирующая терапия.
- Витаминотерапия.
- Физиотерапия.
- Решение вопроса о целесообразности оперативного лечения.



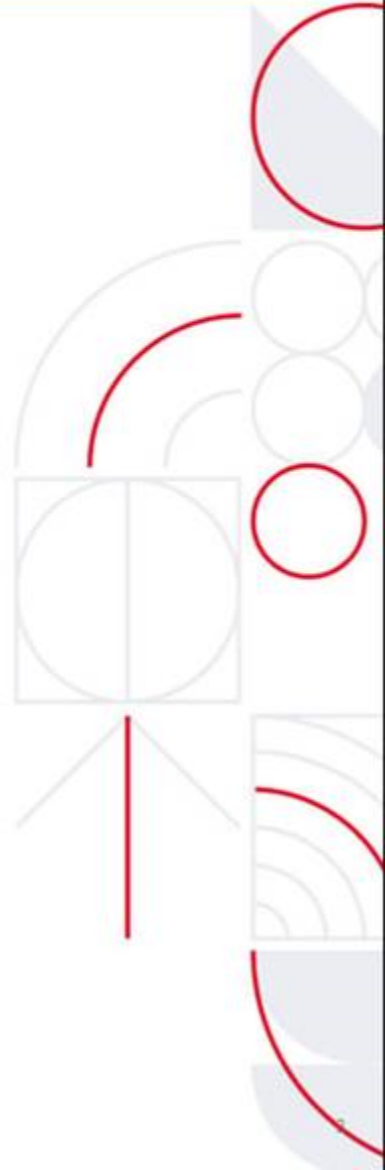


Профилактика

- рациональное питание,
- активный образ жизни,
- своевременное лечение заболеваний пищеварительного тракта,
- санация очагов инфекции,
- лечении невротических и обменных нарушений.



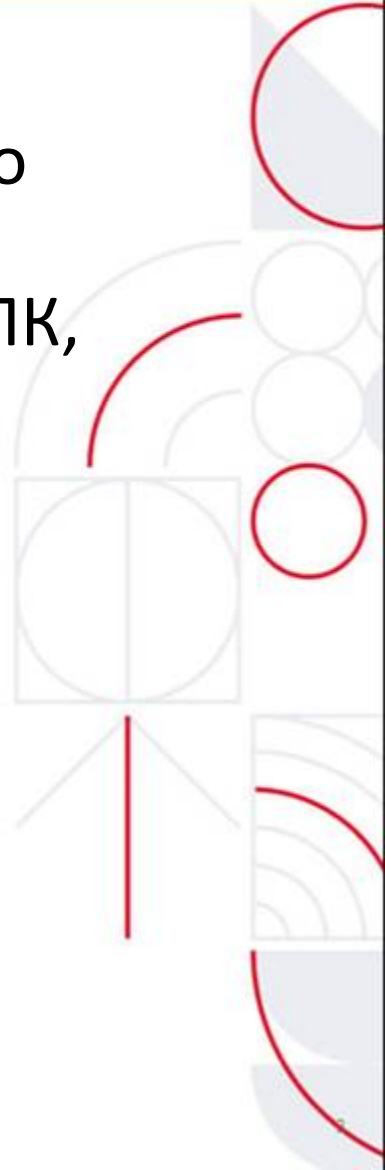
ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ





Дискинезии желчевыводящих путей

(дисфункциональные расстройства билиарного тракта) — это изменения тонуса желчного пузыря, желчных протоков и их сфинктеров, проявляющиеся нарушением оттока желчи в ДПК, сопровождающиеся болями в правом подреберье.





Механизмы развития дискинезий

нарушения вегетативной нервной регуляции (повышение тонуса парасимпатического или симпатического отдела);

нарушения центральной нервной регуляции;

патологические (интерорецептивные) рефлексy с различных отделов пищеварительного тракта;

нарушения гормональной регуляции.



Классификации

1. По локализации:

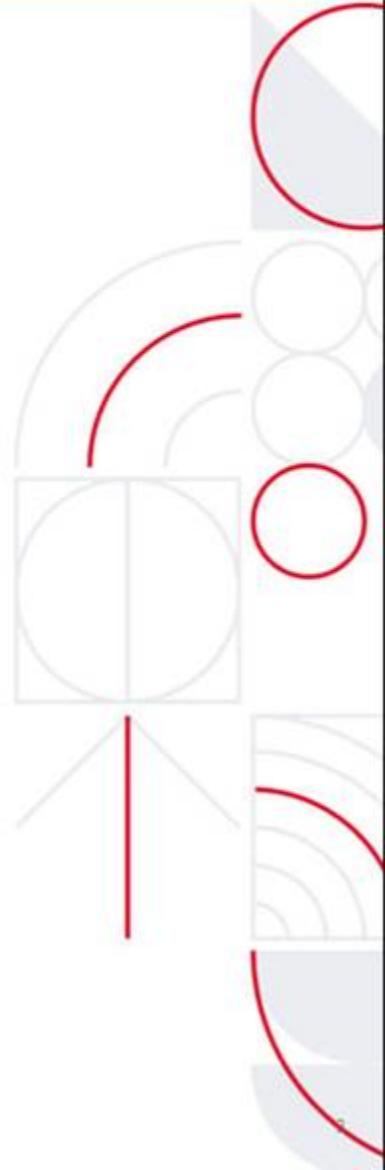
- а) дисфункция желчного пузыря;
- б) дисфункция сфинктера Одди.

2. По причинной обусловленности:

- а) первичные;
- б) вторичные.

3. По функциональному состоянию:

- а) гипотонически-гипокинетическая форма;
- б) гипертонически-гиперкинетическая форма.





Клиника гипотонически-гипокинетической формы

- чувство тяжести,
- тупые, длительные боли в области правого подреберья без четкой иррадиации.
- Боли стихают после приема пищи, желчегонных средств, дуоденального зондирования.
- тошнота, горечь во рту, рвота, неустойчивый стул (запоры, реже – поносы).



Клиника гипертонически-гиперкинетической формы

- боли схваткообразные, кратковременные, с типичной иррадиацией.
- Могут быть тошнота, рвота, спастические запоры, признаки ваготонии.





Дисфункция сфинктера Одди

характеризуется рецидивирующими приступами сильных или умеренных болей более 20 минут, повторяющихся в течение более 3 месяцев и локализующихся:

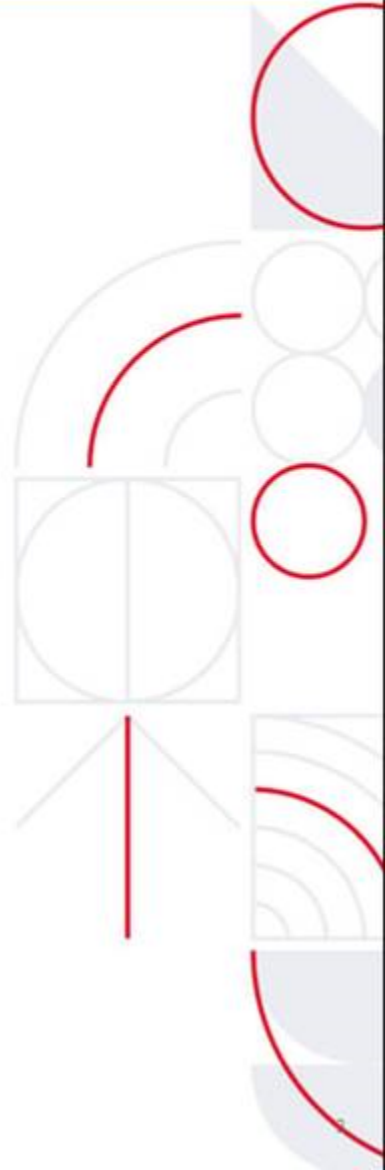
- в эпигастрии или правом подреберье с иррадиацией в спину и правую лопатку (билиарный тип);
- в левом подреберье с иррадиацией в спину, уменьшающиеся при наклоне вперед (панкреатический тип);
- опоясывающие (сочетанный тип).

Боль может сочетаться со следующими признаками: начало после приема пищи; появление в ночные часы; тошнота и/или рвота.



Диагностика ДЖВП

- ОАК - в норме
- УЗИ брюшной полости
- Рентгенологические методы исследования
- Фракционное дуоденальное зондирование



Дифференциальная диагностика дискинезий желчевыводящих путей



Признаки	Гипертонически-гиперкинетическая дискинезия	Гипотонически-гипокинетическая дискинезия
Боль в правом подреберье	Кратковременная, внезапная, коликообразная, острая с иррадиацией в правую лопатку или сердечную область	Постоянная, тупая, ноющая, без четкой иррадиации, часто сопровождается тошнотой, горечью во рту, метеоризмом, плохим аппетитом
Вазомоторный и нейровегетативный синдромы	Наблюдаются часто	Практически не характерны
Пальпаторная болезненность в области желчного пузыря	Выражена	Менее выражена
Эффект дуоденального зондирования (или тюбажа)	Отрицательный	Положительный
выделение порции «В»-желчи	выделение порции «В»-желчи стремительное, кратковременное (10-15 мин), сопровождается болью	выделение порции «В»-желчи медленное, нередко лишь после повторного раздражителя - 60 и более мин
Объем желчного пузыря (по количеству порции «В»-желчи и данным холецистографии)	Не превышает 15-20 см ³	Достигает 100 и более см ³
Коэффициент опорожнения желчного пузыря	Более 30%	Менее 20%
Цвет желчи и ее микроскопия	Без особенностей	Насыщение темного цвета, при микроскопии - кристаллы холестерина, билирубина и кальция
Содержание билирубина в порции «В»-желчи	В норме	Может быть повышено
Эффект холиноблокаторов и тепла	Хороший	Плохой
Средства холецистокинетического действия	Нередко отрицательный эффект	Положительный эффект



Лечение гипотонически-гипокинетической дискинезии :

- диету, богатую пищевыми волокнами и растительным маслом, с увеличением продуктов, обладающих холекинетическим действием;
- тюбажи («слепой тюбаж»);
- дуоденальное зондирование с интрадуоденальным введением минеральной воды;
- лечебную физкультуру;
- холеретики и холекинетики;
- регуляторы моторики (церукал, домперидон);
- питьевое лечение минеральными водами.



Лечение гипертонически-гиперкинетической дискинезии:

- диету с ограничением продуктов, обладающих холекинетическим действием;
- тепловые процедуры;
- аналгетики;
- препараты, обладающие холеспазмолитическим действием:
- спазмолитическую терапию;
- питьевое лечение минеральными водами (воды малой минерализации) по специальным методикам.



Профилактика дисфункциональных расстройства билиарного тракта:

рациональное питание с индивидуально отработанным режимом приема пищи;

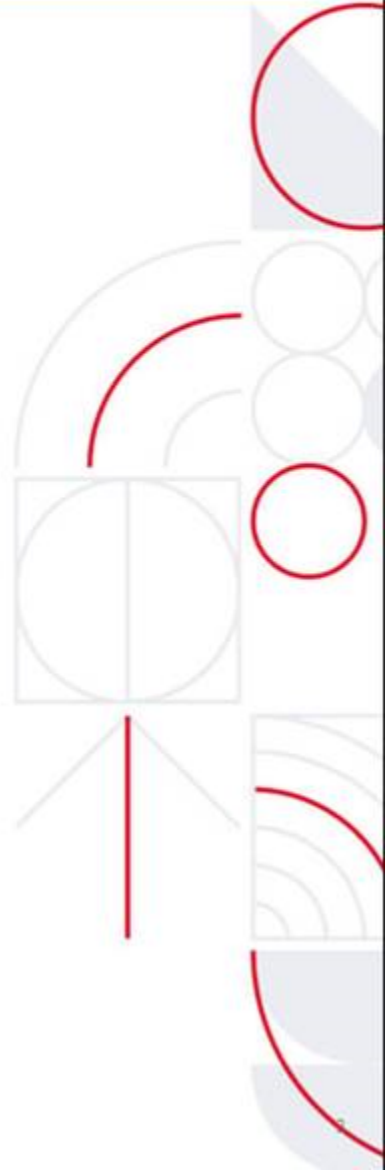
уменьшение психо-эмоциональных влияний на ЖКТ;

лечение хронических заболеваний других органов для устранения интерорецептивных рефлексов с них.



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



ЦЕЛЬ 45 баллов!
Спасибо за внимание.