

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:
«Хронический холецистит. Этиология, патогенез
хронического бескаменного холецистита. Клиническая
картина, диагностика. Диетотерапия, принципы
медикаментозного лечения»

Выполнила: студентка 2
группы,

4 курса, педиатрического
факультета

Крюкова Н. А.

5



Оглавление

Введение	3
Этиология	5
Патогенез	6
Классификация	8
Клиническая картина	10
Диагностика	12
Лечение	17
Заключение	20
Список литературы	21

Введение

Хронический холецистит (ХХ) – воспаление желчного пузыря, преимущественно бактериального происхождения, иногда возникающее вторично при дискинезии желчных путей и желчных камнях или паразитарных инвазиях.

Хронический бескаменный холецистит (ХБХ) – одно из распространенных заболеваний желчевыводящих путей, встречается во всех возрастных группах, но преимущественно страдают лица среднего возраста (от 40 до 60 лет). Заболеваемость составляет 6–7 случаев на 1000 населения. Женщины болеют чаще мужчин в 3–4 раза. Хронический холецистит является одним из наиболее распространенных заболеваний желчного пузыря и характеризуется воспалением стенок желчного пузыря. Согласно современным эпидемиологическим данным, хроническим холециститом страдают от 17 до 20% взрослого населения планеты. Наблюдающееся на фоне хронического холецистита воспаление и разрушение стенок желчного пузыря, приводит к постепенной утрате нормальной функции этого органа и нарушению процесса пищеварения.

Данная проблема актуальна еще и тем, что хронический холецистит часто (в 44%) осложняется патологией желудочно-кишечного тракта. По данным УЗИ панкреатит выявлен среди 81,8% случаев, а по ферментативной активности – в 14,5%. Язву луковицы двенадцатиперстной кишки находят в 20% случаев. При оперативном лечении ХХ в 50% случаев обнаруживается деструктивный процесс как в ЖП, так и в ЖВП. Летальность среди последних, колеблется от 5 до 15%, хотя при плановой холецистэктомии она равна всего 0,5-0,8%. Такие высокие показатели летальности объясняются тем, что нередко ХХ сопровождается сопутствующей тяжелой хронической соматической патологией.

Цель – изучить основные аспекты клиники, диагностики и лечения хронического бескаменного холецистита.

Задачи:

1. Ознакомиться с основными аспектами этиологии и патогенеза хронического холецистита;
2. Рассмотреть имеющиеся классификации хронического холецистита;
3. Изучить особенности клинического течения хронического бескаменного холецистита;
4. Указать последовательность диагностики и критерии для постановки диагноза ХХ;

5. Определить цели и основные этапы лечения хронического холецистита.

Этиология

Хронический холецистит – хроническое рецидивирующее заболевание желчного пузыря, характеризующееся нарушением эвакуаторной функции, изменением физико-химических свойств желчи и достаточно частым образованием внутривезикулярных конкрементов, клинически наиболее часто проявляется желчной коликой.

Основную роль в развитии хронического холецистита играет условнопатогенная микрофлора. Наиболее частый возбудитель – кишечная палочка (у 40% больных), несколько реже – стафилококки и энтерококки (по 15%), стрептококки (у 10% больных). У трети больных обнаруживают смешанную микрофлору. Очень редко (примерно в 2% случаев) высевают протей и дрожжевые грибы. Этиологическая роль лямблий сомнительна. Несмотря на довольно высокую частоту обнаружения лямблий в дуоденальном содержимом, в настоящее время считают, что лямблиоз наслаивается на воспалительный процесс в желчном пузыре.

Для развития хронического холецистита недостаточно только инфицирования желчи. Предрасполагают к нему застой желчи и повреждение стенок желчного пузыря.

Застою желчи способствуют:

1. нарушение режима питания (ритма, качества и количества употребляемой пищи);
2. психоэмоциональные факторы;
3. гиподинамия;
4. иннервационные нарушения различного генеза;
5. запор;
6. беременность;
7. нарушения обмена, приводящие к изменению состава желчи (ожирение, атеросклероз, сахарный диабет и пр.);
8. органические нарушения путей оттока желчи.

Повреждение стенок желчного пузыря возможно в результате:

1. раздражения слизистой оболочки желчного пузыря желчью с измененными физико-химическими качествами;
2. травматизации конкрементами (камни могут образоваться в желчном пузыре без предшествующего воспаления);
3. раздражения слизистой оболочки панкреатическими ферментами, затекающими в общий желчный проток;
4. травм желчного пузыря.

Патогенез

Инфекция попадает в желчный пузырь тремя путями: восходящим, гематогенным и лимфогенным.

1. Восходящим путем инфекция проникает из кишечника. Этому способствуют гипо- и ахлоргидрия, нарушение функции сфинктера Одди, экскреторная недостаточность поджелудочной железы.

2. Гематогенным путем инфекция может проникнуть в желчный пузырь из большого круга кровообращения по почечной артерии (чаще при хроническом тонзиллите и других поражениях рото- и носоглотки) или из кишечника по воротной вене. Способствует этому нарушение барьерной функции печени.

3. Лимфогенным путем инфекция попадает в желчный пузырь при аппендиците, воспалительных заболеваниях женской половой сферы, пневмонии и нагноительных процессах в легких.

Благоприятные условия для развития попавшей в желчный пузырь инфекции создает застой желчи, обусловленный воздействием перечисленных причин. Застой желчи изменяет холатохолестериновый индекс (снижение уровня желчных кислот и увеличение концентрации холестерина), что способствует образованию холестериновых камней.

В патогенезе хронического бескаменного холецистита имеют значение также факторы, приводящие к повреждению стенок желчного пузыря с травматизацией его слизистой оболочки, нарушением кровообращения и развитием воспаления. У ряда больных хроническим холециститом первично происходит повреждение слизистой оболочки желчного пузыря при нарушенном оттоке желчи, а инфекция присоединяется вторично.

Длительный воспалительный процесс, хронический очаг инфекции отрицательно влияют на иммунобиологическое состояние больных, снижают реактивность организма.

Больным хроническим холециститом свойственны специфическая и неспецифическая сенсibilизация к различным факторам внешней и внутренней среды, развитие аллергических реакций. В результате создается порочный круг: воспаление в желчном пузыре способствует поступлению в кровь микробных антигенов, что приводит к сенсibilизации, которая поддерживает хроническое течение холецистита и способствует его рецидивированию.

Если морфологические изменения развиваются только в слизистой оболочке желчного пузыря и носят катаральный характер, то функция желчного пузыря долгое время остается достаточно сохранной. Если же воспалительный процесс захватывает всю стенку желчного пузыря, то происходят утолщение и склероз стенки, сморщивание

пузыря, утрачиваются его функции и развивается перихолецистит. Воспалительный процесс из желчного пузыря может распространиться на желчные ходы и привести к холангиту.

Помимо катарального воспаления, при холецистите может возникать флегмонозный или даже гангренозный процесс. В тяжелых случаях в стенке желчного пузыря образуются мелкие абсцессы, очаги некроза, изъязвления, которые могут вызвать перфорацию или развитие эмпиемы.

Длительный воспалительный процесс при нарушении оттока желчи, помимо образования камней, может привести к образованию воспалительных «пробок». Эти «пробки», закупоривая пузырный проток, способствуют развитию водянки желчного пузыря и при бескаменной форме холецистита.

Таким образом, при хроническом бескаменном холецистите могут развиваться следующие осложнения:

1. перихолецистит;
2. холангит;
3. перфорация желчного пузыря;
4. водянка;
5. эмпиема желчного пузыря;
6. образование камней.

Вследствие чрезвычайно тесной анатомической и физиологической связи желчного пузыря с близлежащими органами у больных хроническим холециститом поражаются печень (гепатит), поджелудочная железа (панкреатит), желудок и двенадцатиперстная кишка (гастрит, дуоденит).

Классификация

Общепринятой классификации хронического холецистита нет. Наиболее полной является классификация Я. С. Циммермана.

- По этиологии и патогенезу:
 1. Бактериальный;
 2. Вирусный;
 3. Паразитарный;
 4. Немикробный («асептический», иммуногенный);
 5. Аллергический;
 6. «Ферментативный»;
 7. Невыясненной этиологии.
- По клиническим формам:
 1. Хронический бескаменный холецистит;
 2. С преобладанием воспалительного процесса;
 3. С преобладанием дискинетических явлений;
 4. Хронический калькулезный холецистит.
- По типу дискинезий:
 1. Нарушение сократительной функции желчного пузыря:
 - Гиперкинез желчного пузыря;
 - Гипокинез желчного пузыря – без изменения его тонуса–(нормотония), с понижением тонуса (гипотония).
 2. Нарушение тонуса сфинктерного аппарата желчевыводящих путей:
 - Гипертонус сфинктера Одди;
 - Гипертонус сфинктера Люткенса;
 - Гипертонус обоих сфинктеров.
- По характеру течения:
 1. Редко рецидивирующий (благоприятного течения);
 2. Часто рецидивирующий (упорного течения);
 3. Постоянного (монотонного) течения;
 4. Маскировочный (атипичного течения).
- По фазам заболевания:
 1. Фаза обострения (декомпенсация);
 2. Фаза затухающего обострения (субкомпенсация);
 3. Фаза ремиссии (компенсация - стойкая, нестойкая).

- Осложнения:

1. Реактивный панкреатит (холепанкреатит);
2. Болезни органов пищеварения;
3. Реактивный гепатит;
4. Перихолецистит;
5. Хронический дуоденит и перидуоденит;
6. Хронический дуоденальный стаз;
7. Прочие.

Клиническая картина

Проявления болезни определяются наличием следующих синдромов:

1. болевого;
2. диспептического;
3. воспалительного (при обострении);
4. нарушением функции кишечника (кишечный дискинетический синдром);
5. нарушением липидного обмена (по клинико-лабораторным данным);
6. холестатического (при закупорке общего желчного протока);
7. вовлечением в процесс других органов и систем.

Боли при хроническом бескаменном холецистите имеют ряд особенностей:

1. локализуются главным образом в правом подреберье, реже – в подложечной области;
2. иррадируют в правую лопатку, реже в правую половину грудной клетки, ключицу, поясницу;
3. по характеру, как правило, тупые;
4. могут беспокоить постоянно или возникают нечасто;
5. продолжительность болей от нескольких минут и часов до нескольких дней;
6. обусловлены нарушением диеты, волнением, охлаждением, инфекцией, физическим напряжением, возникают, как правило, после приема жирной жареной пищи, употребления обильного количества пищи.

Боли, появляющиеся при физической нагрузке или после нее, при тряской езде, больше характерны для желчнокаменной болезни (калькулезного холецистита).

У больных вне обострения при легком течении хронического холецистита болей может не быть. При обострении характер боли становится похожим на приступ острого холецистита, интенсивность резко выражена.

Диспептические явления часто наблюдаются при хроническом холецистите. Больные жалуются на тошноту, пустую отрыжку, чувство горечи во рту, рвоту, изменение аппетита, плохую переносимость некоторых видов пищи (жиры, алкоголь, продукты, содержащие уксус и др.). Рвота при холецистите не приносит облегчения.

Больного может беспокоить повышение температуры тела, связанное, как правило, с развитием воспаления желчного пузыря. Фебрильная температура тела с жалобами на кожный зуд даже при отсутствии желтухи характерна для холангита.

Диагностика

При изучении анамнеза выявляют факторы, способствующие развитию заболевания или обострения (наличие в семье больных с патологией желчных путей, нарушение режима питания и погрешности в диете, перенесенные вирусный гепатит, дизентерия, заболевания желудка, кишечника и др.).

При обследовании больного необходимо обратить внимание на зоны кожной гиперестезии, преимущественно в правом подреберье и под правой лопаткой (характерный симптом хронического холецистита). В тяжелых случаях зоны кожной гиперестезии более обширны. При дискинезии желчных путей гиперестезия выражена слабо или отсутствует. Поверхностная пальпация живота позволяет установить степень напряжения мышц брюшной стенки (при обострении хронического холецистита повышается резистентность брюшной стенки в правом подреберье) и область наибольшей болезненности – правое подреберье.

Основное место в физикальном обследовании больного занимают глубокая пальпация и выявление болевых точек. Характерным пальпаторным симптомом при воспалительном поражении желчного пузыря служит болезненность в области проекции желчного пузыря при вдохе (симптом Кера). Болезненность при поколачивании по правому подреберью (симптом Лепене), по реберной дуге справа (симптом Грекова-Ортнера) и при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы (симптом Георгиевского-Мюсси или френикус-симптом) также относят к признакам, встречающимся чаще при обострении воспалительного процесса в желчном пузыре. При неосложненном течении хронического холецистита желчный пузырь не пальпируется. Если же при пальпации желчный пузырь определяется, то это свидетельствует об осложнениях (водянка, эмпиема желчного пузыря). Увеличенный желчный пузырь может определяться при сдавлении общего желчного протока увеличенной головкой поджелудочной железы (хронический панкреатит, рак головки железы) или же при воспалительных (опухолевых) изменениях фатерова (дуоденального) соска, также обуславливающих нарушение оттока по общему желчному протоку.

При физикальном обследовании брюшной полости можно получить данные, свидетельствующие о вовлечении в процесс печени (увеличение ее размеров, изменение консистенции), поджелудочной железы (болезненность характерных зон и точек), желудка, толстой кишки.

Выявление экстрасистол (особенно у лиц молодого возраста) может быть свидетельством холецистокардиального синдрома.

При закупорке (слизистой пробкой или камнем) общего желчного протока может наблюдаться выраженная желтушность кожных покровов и слизистых оболочек. Субиктеричность склер, небольшая желтушность выявляются при обострении хронического бескаменного холецистита без закупорки желчных путей.

Клинический анализ крови вне обострения патологии не выявляет; при обострении – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. При биохимическом исследовании крови обнаруживают повышение других острофазовых показателей (содержание альфа-2-глобулинов, уровень фибриногена). Биохимическое исследование крови позволяет выявить нарушение липидного обмена: увеличение содержания холестерина, триглицеридов. Признаки холестаза – повышение концентрации холестерина, связанного билирубина, активности щелочной фосфатазы и ГГТП – характерны для обструкции общего желчного протока (слизистой пробкой или камнем). При вовлечении в патологический процесс печени незначительно повышен уровень АСТ, АЛТ, при поражении поджелудочной железы выявляют стеато- и креаторею, в крови повышено содержание амилазы.

О выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре можно судить по данным визуального осмотра желчи, полученной при дуоденальном зондировании. Порция «В» (пузырная желчь) при воспалении бывает мутной, с хлопьями и слизью. При микроскопическом исследовании этой порции в большом количестве обнаруживают лейкоциты и десквамированный эпителий. Диагностическая значимость лейкоцитов в желчи невелика. Основное значение дуоденального зондирования состоит в установлении характера сократительной (эвакуаторной и моторной) функции желчного пузыря, определении концентрационной функции. Отсутствие порции «В» свидетельствует о нарушении сократительной функции желчного пузыря (наблюдается не только при органических поражениях, но и при функциональных изменениях). Получение пузырьной желчи в количестве более 50–60 мл указывает на застойные явления в желчном пузыре и косвенно свидетельствует о его двигательных расстройствах. Большое количество кристаллов холестерина, билирубината кальция может косвенно свидетельствовать о снижении стабильности коллоидного раствора желчи и указывать на предрасположенность к холелитиазу на фоне застоя инфицированной желчи.

Обнаружение большого количества эозинофилов при микроскопическом исследовании желчи может косвенно указывать на паразитарную инвазию.

Большую диагностическую значимость по сравнению с традиционным дуоденальным зондированием придают непрерывному фракционному зондированию (проводится в специализированных стационарах), которое позволяет с большей достоверностью судить об изменениях в желчных путях и пузыре.

Более детально изучить функциональное состояние желчного пузыря и желчных путей позволяет сочетание дуоденального зондирования с рентгенологическими методами обследования, среди которых главное место принадлежит пероральной холецистографии. У больных хроническим бескаменным холециститом в 1,5–2 раза медленнее происходит опорожнение желчного пузыря (неизмененный желчный пузырь контрастируется до 90 мин, при холецистите – дольше). Затруднение смещаемости желчного пузыря, неровные контуры и неправильная форма, изменение обычного расположения его служат основными рентгенологическими признаками перихолецистита. При хроническом холецистите иногда выявляются расширение общего желчного протока, задержка в нем контрастного вещества и рефлюкс в печеночный проток. Холецистограмма может быть не изменена, но это не исключает наличия холецистита, холангита или дискинезии желчных путей. Во всех случаях «отключенного» желчного пузыря производят внутривенную холеграфию. Холеграфия выявляет патологические изменения в общем желчном, пузырном и печеночных протоках, а также в большом сосочке двенадцатиперстной кишки (фатеров сосок). При холеграфии легче проследить процесс заполнения желчного пузыря контрастным веществом. Отсутствие наполнения желчного пузыря при внутривенном введении контрастного вещества свидетельствует о значительных изменениях в желчевыделительной системе. При наличии сморщенного атрофического желчного пузыря, заполнении его полости камнями, закупорке пузырного протока тень желчного пузыря может отсутствовать и при холеграфии, но выявляются общий желчный и печеночные протоки.

Другие рентгенологические методы (чрескожное контрастирование желчных путей с помощью пункции печени, лапароскопическая холецистохолангиография, холангиография на операционном столе) проводятся во время операции или в предоперационном периоде при обтурационной желтухе неясного генеза. Этим же больным проводят ФГДС, которая позволяет осмотреть большой сосочек

двенадцатиперстной кишки и оценить его состояние. С помощью этого метода проводится и ретроградная панкреатохолангиография.

При тяжелых заболеваниях желчного пузыря и желчных путей, когда диагноз не удается поставить по данным клинических, лабораторных и рентгенологических методов исследования, производят лапароскопию. Она позволяет осмотреть желчный пузырь, печень и определить патологию.

Метод ультразвуковой диагностики имеет большое значение для оценки формы желчного пузыря, состояния его стенок, наличия камней и спаек. После приема желчегонных средств можно судить о сократительной функции желчного пузыря. С помощью эхографии также выявляют расширенный желчный пузырь при патологии большого сосочка двенадцатиперстной кишки, головки поджелудочной железы. Компьютерная томография не имеет существенных преимуществ по сравнению с УЗИ в диагностике конкрементов желчного пузыря, однако более точно, чем УЗИ, определяет кальцификацию конкрементов. Это важно в отборе больных для проведения литолитической терапии препаратами желчных кислот.

Диагноз хронического холецистита ставят на основании следующих признаков:

1. характерный болевой синдром в сочетании с диспептическими расстройствами;
2. признаки вовлечения в процесс желчного пузыря (болевыe точки, зоны кожной гиперестезии);
3. данные лабораторных и инструментальных методов исследования, указывающие на патологию желчного пузыря и отсутствие камней.

Дискинезия желчного пузыря (нарушение его моторики) может протекать по гипотоническому и гипертоническому типу.

Клинические признаки:

1. при гипертоническом типе дискинезии боли схваткообразные, кратковременные, отмечается связь болей с нарушением диеты; периодически возникают приступы желчной колики; может быть преходящая желтуха; в промежутках между приступами болей, как правило, не бывает;

2. для гипотонического типа дискинезии характерны постоянные боли, которые сопровождаются чувством распираия в правом подреберье; периодически все эти

явления усиливаются; боли нарастают при надавливании на желчный пузырь; приступы желчной колики крайне редки.

Дуоденальное зондирование:

- при гипертонической дискинезии увеличено время выделения порции «А» (гипертония пузырного протока), уменьшено время выделения порции «В» (гиперкинезия желчного пузыря) при сохраненном объеме желчного пузыря или удлиненное, прерывистое выделение желчи («гипертония желчного пузыря»); исследование часто сопровождается болями в правом подреберье;
- при гипотонической дискинезии желчь порции «В» выделяется в большом количестве и долго, часто возникает повторный рефлекс на опорожнение желчного пузыря.

Холецистография:

1. при гипертонической дискинезии тень пузыря округлая; опорожнение замедлено («застойный гипертонический желчный пузырь») или ускорено («гиперкинетический желчный пузырь»);

2. для гипокинетической дискинезии характерен увеличенный пузырь продолговатой формы с замедленным опорожнением, несмотря на неоднократный прием желчегонных средств (например, яичных желтков).

Хронический холецистит редко остается изолированным заболеванием в течение длительного времени. Часто в патологический процесс вовлекаются остальные органы пищеварения (прежде всего печень). При формировании диагностической концепции необходимо уточнить характер их поражения.

Лечение

Цели лечения:

- устранение болей и диспепсических расстройств;
- ликвидация воспалительных изменений ЖП, позволяющая в ряде случаев предупредить возникновение осложнений;
- терапия осложнений, требующих хирургического лечения (проведение необходимой операции);
- предотвращение осложнений и реабилитация больных;
- повышение качества жизни.

Немедикаментозное лечение:

Стол № 5 по Певзнеру. Общим принципом диетотерапии является частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день), в одни и те же часы с учетом индивидуальной переносимости продуктов. Стол № 5 имеет энергетическую ценность 2500-2900 ккал с оптимальным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов. Важным является снижение в пищевом рационе доли животных жиров и увеличение растительных. Среди продуктов, содержащих животный белок, предпочтение должно отдаваться нежирным сортам мяса (говядина, птица, кролик, рыба). В стадию обострения заболевания мясные блюда приготавливаются в отварном и паровом виде. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей, гречневая и пшенная каши, чай с молоком, кефир, свежие и печеные яблоки, отвар шиповника, компот из сухофруктов, пшеничный хлеб и сухари. Всем больным рекомендуется обильное питье (до 2 л в сутки). Из рациона больных исключают острые и холодные блюда, приправы, спиртные напитки, жареную, жирную, копченую пищу, изделия из теста, особенно сдобного, мясные и рыбные бульоны, газированные и холодные напитки, орехи, кремы. Продукты, содержащие большое количество холестерина (печень, мозги, яичные желтки, бараний и говяжий жиры и др.). Тактика лечения пациентов с ЖКБ во многом определяется клиническим течением заболевания (частота и степень выраженности желчных колик), количеством, размерами, составом конкрементов, функциональным состоянием желчного пузыря и некоторыми иными факторами.

Медикаментозное лечение:

Антибактериальные препараты при хроническом некалькулезном холецистите назначаются в случае бактериальной этиологии.

- ампициллин 4-6 г/сут
- цефазолин 2-4 г/сут
- гентамицин 3-5 мг/кг/сут
- клиндамицин 1,8-2,7 г/сут.
- кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки
- эритромицин 0,25 г 4-6 раз в сутки
- ципрофлоксацин 500-750 мг 2 раза в сутки

Лечение антибактериальными средствами проводят в среднем не менее 8-10 дней. После 2-4-дневного перерыва целесообразно повторить лечение этими препаратами еще 7-8 дней.

В случае обнаружения паразитарной инвазии проводят соответствующую терапию.

- Метронидазол 500 мг х 2-3 раза в сутки
- Орнидазол 500мг: при лямблиозе обычно назначают по 1,5г препарата

1 раз в день (Орнидазол желательно принимать вечером). Длительность курса лечения – 1-2 дня.

Спазмолитические средства:

- дротаверин 2% 2-4 мл внутримышечно или внутривенно;
- папаверин 2% - 2 мл под кожу;
- мебеверина гидрохлорид по 200 мг 2 раза в день в течение 2-4

недель;

- гимекромона по 200-400 мг 3 раза в сутки перед едой за 15-20

мин.;

- гиасцина бутилбромид 2% — 2 мл внутримышечно, внутривенно

капельно, затем в драже по 10 мг × 3 раза в день.

Подавление рвоты и тошноты при хроническом холецистите:

- Метоклопрамид 2 мл × 2 раза внутримышечно или внутривенно;
- Домперидон 10 мг по 1 таблетке 2-3 раза в день, 7-14 дней.

Желчегонные препараты – холеретики (средства, стимулирующие образование желчи) – используют в фазу ремиссии у больных с признаками гипертонической дискинезии желчного пузыря. Используют препараты, содержащие желчь или желчные кислоты, – аллохол* по 1 таблетке 3 раза в день после еды, холензим* по 1 таблетке 3 раза в день до еды; ряд синтетических веществ – осальмид (оксафенамид*) по 0,25 г 3 раза в день, никодин* по 0,5 г 3 раза в день до еды; препараты растительного происхождения – сумма флавоноидов цветков бессмертника песчаного (фламин*) по 0,05 г 3 раза в день за 30 мин

до еды, отвар кукурузных рыльцев 10 г на 200 мл воды по 1/4 стакана 3–4 раза в день за 15 мин до еды.

Если же имеется гипотоническая дискинезия желчного пузыря, то назначают холекинетики (препараты, усиливающие мышечное сокращение желчного пузыря и тем самым способствующие выделению желчи в кишечник). Такой подход обусловлен тем, что у многих больных хроническим бескаменным холециститом в фазе обратного развития воспалительного процесса наблюдается растяжение желчного пузыря с повышением тонуса сфинктера Люткенса, что и приводит к застою желчи в желчном пузыре. К холекинетикам относится сорбитол 10% раствор по 50–100 мл 2–3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1–2 мес, сульфат магния 25% раствор по 1 столовой ложке натощак в течение 10 дней, карловарская соль по 1 чайной ложке на стакан воды за 30 мин до еды.

Курс лечения желчегонными средствами после обострения хронического холецистита составляет 10–30 дней в зависимости от получаемого эффекта. После такой терапии остаточные явления обострения ликвидируются. В фазе стихающего обострения хронического холецистита на область правого подреберья рекомендуют грелку, горячие припарки из овса или льняного семени, аппликации парафина, озокерита, торфа, назначают диатермию, индуктотермию.

Заключение

Подводя итог, можно сделать вывод, что хронический бескаменный холецистит – одно из распространенных заболеваний желчевыводящих путей, которое все чаще встречается в молодом возрасте (30-40 лет). Актуальность диагностики и лечения данного заболевания очевидна, поэтому необходимо повышать уровень компетенции медицинских работников относительно такого заболевания, как хронический бескаменный холецистит. Важно предотвратить развитие и прогрессирование осложнений, связанных с ХБХ, а так же усовершенствовать систему мер профилактики данного хронического заболевания. В целом, при нечастых обострениях прогноз удовлетворительный. Он значительно ухудшается при частых обострениях с признаками активности воспалительного процесса, выраженном болевом синдроме и развитии реактивного панкреатита.

Список литературы

- Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
- Маколкин В.И., Овчпренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни: учебник. - 6-изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-медиа, 2012. - 789 с. ил.
- Трухан Д.И., Викторова И.А., Лялюкова Е.А. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей: учебное пособие. - СПб: СпецЛит, 2016.
- Труфанов Г.Е., Багненко С.С. Ультразвуковая диагностика заболеваний гепатобилиарной системы. — Санкт-Петербург, ЭЛБИ-СПб, 2012. - 160 с.
- Хронический холецистит: клинический протокол / Утвержден протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК №23 от 12.12.2013.
- Галиуллин А.Р., Хакамова Г.А., Улямаева В.В., Латыпова Г.А., Гурьев Д.А., Волевач Л.В. Современные подходы к терапии при заболеваниях билиарной системы // ЭиКГ. 2010. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-terapii-pri-zabolevaniyah-biliarnoy-sistemy> (дата обращения: 15.06.2018).
- Ефремова Л.И., Печерских М.В., Казакова И.А. Характер моторных расстройств билиарного тракта и нарушений функционального состояния печени у больных хроническим некалькулезным холециститом // Ульяновский медико-биологический журнал. 2017. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakter-motornyh-rasstroystv-biliarnogo-trakta-i-narusheniy-funktsionalnogo-sostoyaniya-pecheni-u-bolnyh-hronicheskim-nekalkuleznym> (дата обращения: 15.06.2018).
- Тюрюмин Я.Л., Козлова Н.М. Новые подходы к лечению хронического некалькулезного холецистита // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2010. № 8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-podhody-k-lecheniyu-hronicheskogo-nekalkuleznogo-choletsistita> (дата обращения: 15.06.2018).

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __2__ группы

Крюкова Надежда Александровна

**(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В целом работа выполнена на высоком уровне и заслуживает оценки «отлично» (5).



(подпись)