

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней №1

Реферат на тему: **«ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (ХБХ)»**

Выполнила ординатор 1 года
Кафедры внутренних болезней №1
Спиридонова Екатерина Сергеевна
Проверил: Доцент, к.м.н. Николаева Л.В.

Красноярск, 2018

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Внутренних болезней №1

Рецензия доцента, к.м.н. Николаевой Людмилы Викторовны на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия Спиридоновой Екатерины Сергеевны по теме: «ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (ХБХ)».

Рецензия на реферат-это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Терапия:

П/н	Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1.	Структурированность	нет
2.	Наличие орфографических ошибок	нет
3.	Соответствие текста реферата	нет
4.	Владение терминологией	нет
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	нет
6.	Логичность доказательной базы	нет
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	нет
8.	Круг использования известных научных источников	нет
9.	Умение сделать общий вывод	нет

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: *Тема реферата раскрыта полностью. ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать*

Дата *21.12.18*

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Людмила Николаева
Спиридонова Е.С.

ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (ХБХ)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

Хронический бескаменный холецистит – это хроническое рецидивирующее воспаление стенки желчного пузыря, сопровождающееся нарушением его моторно-тонической функции.

Длительное время вопрос о выделении бескаменных холециститов оставался нерешенным. В зарубежной литературе хронический бескаменный холецистит как нозологическая форма отсутствует. Хронический холецистит рассматривают как физико-химическую стадию холестеринового калькулеза, при которой необходимо назначать превентивную терапию с целью предотвращения образования истинных камней. Однако у многих больных, страдающих хроническим бескаменным холециститом, желчнокаменная болезнь в последующем не развивается.

Согласно МКБ X пересмотра выделяют:

К 81 Холецистит

К 81.0. Острый холецистит

К 81.1. Хронический холецистит

К 81.8. Другие формы холецистита

К 81.9. Холецистит, неуточненный

К 83.0. Холангит

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Этиологические факторы, приводящие к развитию хронического холецистита, можно разделить на основные и дополнительные. Среди основных факторов выделяют: инфекцию (кишечная палочка, кокки, иногда другие микробные факторы); проникновение патогенной флоры в желчный пузырь из кишечника, а также гематогенным и лимфогенным путем из любого очага хронического воспаления (пародонтоз, хронический тонзиллит, пиелит, аппендицит, правосторонний аднексит и др.); заболевания гепатохоледоходуодено-панкреатической зоны (хронический панкреатит вследствие несостоятельности или повышенного тонуса сфинктера Одди), клостридиевый кишечный дисбиоз.

Дополнительные факторы включают: функциональные нарушения нервно-мышечного аппарата желчного пузыря и желчевыводящих путей с явлениями гипотонии и атонии; нервно-психические перенапряжения; гиподинамия; нерегулярный прием пищи и несбалансированное питание (однообразная редуцированная пища с малым холеретическим эффектом); панкреатобилиарный рефлюкс; наследственные факторы; паразитарные заболевания (лямблиоз, описторхоз, амебиаз, аскаридоз); эндокринные расстройства (ожирение, дисменореи, нерегулярная половая жизнь).

Инфекция попадает в ЖП тремя путями:

- Восходящим - из кишечника (способствует гипо- и ахлоргидрия, нарушения сфинктера Одди, дисфункция желчного пузыря по гипотонически-гипокинетическому типу, дуоденостаз);

- Нисходящим (гематогенным) - из большого круга кровообращения по печеночной артерии или из кишечника по воротной вене;

- Лимфогенным - при аппендиците, воспалительных заболеваниях женской половой сферы, пневмонии и нагноительных процессах в легких.

Особенно часто инфекционный процесс поражает область шейки пузыря, богатую лимфатическими коллекторами, тесно соприкасающимися с брюшиной.

Эволюцию патологического процесса в желчевыводительной системе. Вначале появляются дисфункция желчевыводящих путей, застойные явления, обменные нарушения, затем присоединяется дискриния, что обуславливает развитие холецистита и желчнокаменной болезни.

Морфология. При хроническом катаральном воспалении стенка желчного пузыря уплотнена, слизистая оболочка атрофична или гиперплазирована вследствие образования полиповидных изменений складок. Микроскопически отмечается атрофия слизистой, склероз ее стромы. Под эпителием определяются многочисленные макрофаги, содержащие холестерин и липиды. Мышечный слой стенки обычно гипертрофирован. Воспалительный процесс может приводить к склерозу. Слизистая оболочка атрофирована. Пузырь нередко деформируется, появляются спайки с соседними органами. Постепенно утрачивается функция ЖП, и он превращается в очаг хронического воспаления.

Большая роль отводится панкреатобилиарному рефлюксу в результате холестаза, а также лимфогенному распространению инфекции. Инфицированная желчь, попадая в проток поджелудочной железы, приводит к развитию патологического процесса вплоть до геморрагического некроза органа. Возможно также повреждение стенки желчного пузыря панкреатическими ферментами вследствие повышения давления в ампуле общего желчного протока. Такие формы холецистита относят к ферментативным.

КЛАССИФИКАЦИЯ заболеваний ЖП

Функциональные нарушения (дискинезии)

Воспалительные (холецистит, холангит)

Обменные (ЖКБ)

Паразитарные и опухолевые

Аномалии развития (отсутствие пузыря, раздвоение, перетяжки, дивертикулы, аплазия и гипоплазия внутренних и внешних протоков)

Сочетанные

КЛИНИКА

Клинические проявления хронического холецистита многообразны и не имеют достоверных симптомов и специфических черт. Классическим считается "симптом правого подреберья". Характерна тупая, ноющая боль в области правого подреберья постоянного характера или возникающая через 1—3 ч после приема обильной и особенно жирной и жареной пищи. Боль иррадирует вверх, в область правого плеча и шеи, правой лопатки. Периодически может возникать резкая боль, напоминающая желчную колику. Нередки диспепсические явления: ощущение горечи и металлического вкуса во рту, отрыжка воздухом, тошнота, метеоризм, нарушение дефекации (нередко чередование запора и поноса), а также раздражительность, бессонница. Желтуха не характерна. При пальпации живота, как правило, определяется чувствительность, а иногда и выраженная болезненность в проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку и легкое мышечное сопротивление брюшной стенки (резистентность). Часто положительные симптомы Мюсси — Георгиевского, Ортнера, Образцова — Мерфи. Печень несколько увеличена с плотноватым и болезненным при пальпации краем при осложнениях хронического холецистита (хронический гепатит, холангит). Желчный пузырь в большинстве случаев не пальпируется, так как обычно он сморщен вследствие хронического рубцово-склерозирующего процесса.

Симптом Кера - в области проекции желчного пузыря, расположенной у места пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с краем ложных ребер появляется болезненность при глубокой пальпации во время вдоха.

Симптом Грекова-Ортнера-Рашбы - болезненность при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге.

Симптом Мерфи - осторожное, мягкое введение руки в зону желчного пузыря и при глубоком вдохе пальпирующая рука вызывает резкую болезненность.

Симптом Мюсси - болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудинноключично - сосцевидной мышцы справа.

Симптом Маккензи - гиперестезия кожи живота, в правой подреберной области с максимально выраженной болезненностью в зоне проекции желчного пузыря.

Симптом Шоффара - при проведении вентродорзальной бимануальной пальпации возникает боль в зоне проекции головки поджелудочной железы и желчного пузыря (симптом характерен для холецистопанкреатита). Тот же симптом описан Захарьиным.

Симптом Ляховицкого - боль возникает при незначительном давлении на правую половину мечевидного отростка или при отведении его кверху.

Симптом Харитонов - боль при пальпации справа от остистого отростка IV грудного позвонка.

Течение холецистита в большинстве случаев длительное, характеризуется чередованием периодов ремиссии и обострений; последние часто возникают в результате нарушений питания, приема алкогольных напитков, тяжелой физической работы, присоединения острых кишечных инфекций, переохлаждения. Прогноз в большинстве случаев благоприятный. Ухудшение общего состояния больных и временная потеря их трудоспособности—лишь на периоды обострений болезни. В зависимости от особенностей течения выделяют латентную (вялотекущую), наиболее распространенную — рецидивирующую, гнойно-язвенную формы хронического холецистита. Осложнения: присоединение хронического холангита, гепатита, панкреатита. Часто воспалительный процесс является «толчком» к образованию камней в желчном пузыре.

Хронический холецистит дифференцируют от желчно-каменной болезни (эти два заболевания часто сочетаются), хронического холангита. Основное значение имеют данные холецисто- и холеграфии, особенно повторные для исключения желчных камней, а также эхография.

ДИАГНОСТИКА

Диагностические тесты при заболеваниях билиарного тракта

Скрининговые

Клиника

Дуоденальное зондирование (моторика, концентрация, тонус сфинктера Одди, воспаление - слизь, лейкоциты, желчные клетки, хроматическое зондирование - желчные кислоты, холестерин, яйца сибирской двуустки)

Определение билирубина, щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ, амилазы и липазы крови во время или не позднее 6 часов после окончания болевого приступа

УЗИ

ЭГДС

Уточняющие

УЗИ с оценкой функции желчного и сфинктера Одди

ЭРХПГ с манометрией сфинктера Одди

Гепатобилисцинтиграфия с ^{99m}Tc

Медикаментозные тесты (с холецистокинином, морфино - простигминовый провокационный тест)

Компьютерная томография

Ядерно - магнитный резонанс

Диагноз хронического холецистита выставляется клинико-эхографически. Основным диагностическим критерием хронического холецистита является ультразвуковая эхолокация желчного пузыря. О степени выраженности воспалительного процесса свидетельствует толщина и плотность стенки ЖП (в норме толщина стенки не превышает 3 мм).

Усиление эхоструктуры желчного пузыря (уплотнение), деформация расценивается, как признак органических изменений в стенке органа, характерных для хронического холецистита; а утолщение стенки желчного пузыря более 3 мм, двойной контур расцениваются, как обострение хронического воспалительного процесса в нем.

В соответствии с международными рекомендациями результаты УЗИ свидетельствуют о воспалении в желчном пузыре при:

1. Толщине стенки желчного пузыря более 4 мм у лиц без патологии печени, почек, сердечной недостаточности, при этом высказывается предположительное заключение, а при толщине стенки более 5 мм – утвердительное.
2. Наличии сонографического симптома Мерфи;
3. Увеличении размеров желчного пузыря более чем на 5 см от верхней границы нормы для пациентов данного возраста.
4. Наличии тени от стенок желчного пузыря;
5. Наличии паравезикальной эхонегативности (жидкость), что более типично для острого процесса.

Истинный холецистит – заболевание сравнительно нечастое. Под маской холецистита выступают дисфункции желчных путей, которых, конечно, гораздо больше. Поэтому для постановки диагноза хронического холецистита требуется тщательное сопоставление и скрупулезный анализ анамнестических, клинических и эхографических данных. Для диагностики типа дискинезии целесообразно использовать ультразвуковую эхолакацию с холеретической пробой.

Примеры клинических диагнозов

Обострение хронического холецистита с выраженными нарушениями моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря по типу гипокинезии.

ЛЕЧЕНИЕ

В терапии ХХ используют прием антибактериальных препаратов, желчегонных, миоспазмолитиков, холинолитиков, в терапии дисфункций желчного пузыря и желчевыводящих путей в зависимости от типа нарушения- желчегонные прокинетики, миотропные спазмолитики, холинолитики, седативные препараты.

Показания к назначению желчегонных препаратов:

Холеретики (аллохол, холензим, хофетол, циквалон, никодин, гепатофальк планта и др.) в сочетании с ферментами для коррекции кишечных расстройств назначают в фазе ремиссии и в фазе затухающего обострения хронического бескаменного холецистита.

Терапевтический эффект холеретиков связан с тем, что они, повышая секрецию желчи, усиливают ток ее по желчным ходам, что уменьшает интенсивность воспалительного процесса и предупреждает распространение восходящей инфекции

Холеретики с повышенным содержанием желчных кислот (дехолин, лиобил, холензим, дегидрохолевая кислота и др.) для сохранения мицеллярности желчи назначают с целью профилактики ЖКБ;

Холекинетики (сульфат магния, сорбит, ксилит, олиментин, холосас) целесообразно применять при гипокинезии желчного пузыря и стазе желчи, после холецистэктомии.

Противопоказания к назначению желчегонных препаратов:

при выраженном обострении воспалительного процесса в желчном пузыре и желчных протоках. Желчегонные назначаются через 3-5 дней после купирования обострения;

при хроническом гепатите (чтобы избежать стимуляции гепатоцитов).

при гиперкинетической дискинезии желчного пузыря;

при хроническом панкреатите в стадии обострения;

При состояниях после холецистэктомии

При наличии неприятных ощущений в правом подреберье, наличии застойных явлений во внепеченочных желчных путях в качестве желчегонного средства возможен прием минеральных вод. При необходимости могут быть назначены никодин, циквалон, как желчегонные средства, обладающие антибактериальным действием.

Варианты антибактериальной терапии при обострении хронического холецистита:

1. Ципрофлоксацин – 500 - 750 мг - 2 раза в день, 7-10 дней.

2. Препараты тетрациклинового ряда: Доксициклин (Вибрамицин -Польша) в терапевтических дозах.

3. Эритромицин 200 - 400 мг X 4 раза в день, 7-14 дней или ровамицин 1,5 МЕ x 2 раза в день per os (Азитромицин, Рокситромицин, Спирамицин)

Возможна коррекция терапии в зависимости от клинического эффекта и результатов исследования дуоденального содержимого.

На выходе из обострения к антибактериальным препаратам или сразу после курса антибиотикотерапии добавляется курс желчегонных препаратов: аллохол по 2 табл. 3 - 4 раза в день после еды, хофитол 2 кап. 3 раза в сутки или другие препараты, усиливающие холерез и холекинез.

Адекватная терапия хронического холецистита и коррекция моторно-эвакуаторных нарушений желчного пузыря дают определенную возможность предупредить развитие желчнокаменной болезни.

Литература

Гастроэнтерология. Национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2015. – 754 с.

Самсонов, А.А. Хронический холецистит // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2011. – №2. – С.26-30

Abreu, C., Santos, L. Acute acalculous cholecystitis in malaria: a review of seven cases from an adult cohort // Infection. – 2013. – Vol. 41, №4. – P. 821-6.

Barie, P.S., Eachempati, S.R. Acute acalculous cholecystitis // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2010. – Vol.39, №2 –P. 343-57.

Epstein-barr virus infection with acute acalculous cholecystitis/Kim A., Yang H.R., Moon J.S., Chang J.Y., Ko J.S. // Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. – 2014. – Vol.17, №1. – P. 57-60

Gallbladder motility disorders estimated by non-invasive methods/ Petrovic M., Radoman I., Artiko V., Stojkovic M. // Hepatogastroenterology. –2012. – Vol.59, №113. – P. 13-6.

Acalculous cholecystitis in severely burned patients: incidence and predisposing factors /Theodorou P., Maurer C.A., Spanholtz T.A., Phan T.Q., Amini P., Perbix W., Maegele M., Lefering R., Spilker G. // Burns. – 2009. – Vol. 35, №3. – P. 405-11

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Внутренних болезней №1

Рецензия доцента, к.м.н. Николаевой Людмилы Викторовны на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия Спиридоновой Екатерины Сергеевны по теме: «ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (ХБХ)».

Рецензия на реферат-это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения , включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства ,экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Терапия:

П/н	Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1.	Структурированность	
2.	Наличие орфографических ошибок	
3.	Соответствие текста реферата	
4.	Владение терминологией	
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6.	Логичность доказательной базы	
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	
8.	Круг использования известных научных источников	
9.	Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: