



МИР МЕДИЦИНЫ

5 (199) 2016

Ежемесячный журнал для медицинских сестер,
фельдшеров, акушерок, лаборантов и завхозов

**Практикующему
фельдшеру**

**Профессиональное
обучение**

Вопрос-ответ

Актуально

**Последипломное
образование**

**Медицина
катастроф**

Медколледж

**Комментарий
юриста**

Обмен опытом

Справочный отдел

Страницы истории

**Прикладная
психология**

Новые технологии в медицине

5 мая – Международный день акушерки

**12 мая – Международный день
медицинской сестры**



И.М. ЗМАЧИНСКАЯ, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», к.м.н.

ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Хронический холецистит – воспалительное заболевание стенки желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями желчевыводящей системы.

Эпидемиология. Заболеваемость составляет 6-7 случаев на 1000 населения. Встречается во всех возрастных группах, но преимущественно страдают лица среднего возраста (от 40 до 60 лет). Женщины болеют в 3-4 раза чаще, чем мужчины. Заболевание чаще отмечается в экономически развитых странах.

Этиология. В развитии хронического холецистита основную роль играет условно-патогенная микрофлора (эшерихии, стрептококки, стафилококки), реже – протеи, синегнойная палочка, энтерококк, иногда – патогенная микрофлора (шигеллы, сальмонеллы), вирусная и протозойная инфекция.

Проникновение микробной флоры в желчный пузырь происходит энтерогенным, гематогенным или лимфогенным путем. Предрасполагающим фактором возникновения холецистита является застой желчи в желчном пузыре, сдавления и перегибы желчевыводящих протоков, дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей, нарушения тонуса и двигательной функции желчных путей под влиянием различных эмоциональных стрессов, эндокринных и вегетативных расстройств, патологических рефлексов измененных органов пищеварительной системы. Застой желчи в желчном пузыре также способствуют опущение внутренних органов, беременность, малоподвижный образ жизни, сочетающийся с нерациональным питанием (в частности, злоупотреблением жирной пищей, консервированными продуктами промышленного изготовления); редкие приемы пищи и др.; имеет также значение заброс панкреатического сока в желчные пути при их дискинезии с его протеолитическим действием на слизистую оболочку желчных протоков и желчного пузыря.

Общепризнанным является «правило 5 F»: женский пол (*female*), возраст старше 40 лет (*forty*), ожирение при индексе массы тела более 30 (*fat*), множественные беременности (*fertile*), диспепсия с метеоризмом (*flatulent*).

Дополнительно к представленным выше выделяют следующие факторы риска развития холецистита: наследственность; перенесенные вирусный гепатит и инфекционный мононуклеоз,

сепсис, кишечные инфекции с затяжным течением; лямблиоз кишечника; панкреатит; синдром нарушенного всасывания.

Патогенез. Функциональные нарушения нервно-мышечного аппарата способствуют гипо- или атонии желчного пузыря, а внедрение микробной флоры вызывает воспаление слизистой оболочки. При дальнейшем прогрессировании процесса воспаление распространяется на подслизистый и мышечный слой стенки желчного пузыря, развиваются инфильтраты, соединительнотканые разрастания. Переход процесса на серозную оболочку формирует спайки с глиссоновой капсулой печени и соседними органами (желудком, двенадцатиперстной кишкой, кишечником), развивается перихолецистит. Помимо катарального, может возникнуть флегмонозный или гангренозный процесс. В тяжелых случаях в стенке желчного пузыря развиваются мелкие абсцессы, очаги некроза, изъязвления, что может привести к перфорации или развитию эмпиемы. Гангренозная форма встречается редко и связана в основном с нарушением гемодинамики при гнойном холецистите.

Непосредственным толчком к вспышке воспалительного процесса в желчном пузыре часто являются переизбыток, особенно прием очень жирной и обильной пищи, прием алкогольных напитков, острый воспалительный процесс в другом органе (ангина, пневмония, аднексит и т. д.).

Хронический холецистит может возникнуть после острого, но чаще развивается самостоятельно и постепенно, на фоне желчнокаменной болезни, гастрита с секреторной недостаточностью, хронического панкреатита и других заболеваний органов пищеварения, ожирения.

Клиника. Течение хронического холецистита может быть рецидивирующим, с латентным течением или в виде приступов печеночной колики.

При хронических заболеваниях желчевыводящих путей боль обычно локализуется в правом подреберье, иногда в подложечной области. Реже боль первоначально появляется под правой лопаткой или в спине, за грудиной, а в дальнейшем сосредоточивается в правом подреберье. При заболеваниях желчных путей боль возникает спустя 1-1,5 часа после приема пищи и появляется или усиливается после приема жирных и жареных блюд, яиц, холодных и газированных напитков, вина, пива, острых закусок. Способствуют ее появлению физическая

ПРАКТИКУЮЩЕМУ ФЕЛЬДШЕРУ



нагрузка, охлаждение тела, нервно-психическое перенапряжение.

Выраженные и стойкие боли в эпигастральной области могут свидетельствовать о наличии сопутствующего патологического процесса в желудке; около пупка и в нижней части живота — в кишечнике; в левом подреберье и опоясывающего характера — в поджелудочной железе. Следует помнить, что при хроническом холецистите больные нередко жалуются на боль в области сердца.

Больные хроническими заболеваниями желчных путей, в том числе при хроническом холецистите, часто жалуются на диспепсические явления: горечь во рту, отрыжку горьким, непереносимость жирной пищи, тошноту и рвоту (нередко с примесью желчи), которая не приносит облегчения, снижение аппетита. Эти симптомы связаны не только с основным заболеванием, но и с сопутствующим гастритом, дуоденитом, перидуоденитом.

У таких больных может быть и кожный зуд. Его возникновение связано с нарушением желчевыделения и задержкой желчных кислот в крови. В период обострения холецистита наблюдаются явления вегетативной дистонии: вялость, слабость или повышенная раздражительность, возбудимость, нарушение сна, холодный пот, сердцебиение, головокружение, головная боль.

Из объективных клинических симптомов следует назвать повышение температуры тела, что является признаком активного воспалительного процесса в желчевыводящих путях.

Для хронического холецистита характерны следующие пальпаторные симптомы:

- симптом Кера — возникновение или усиление боли, особенно во время вдоха при пальпации в точке желчного пузыря (точка Кера);
- симптом Мэрфи — усиление болезненности при пальпации желчного пузыря на глубоком вдохе (при проведении обследования в положении сидя);
- симптом Шофара-Реве-Дежардена — болезненность в холедохопанкреатической точке, расположенной на 4-6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с куполом правой подмышечной впадины;
- симптом Харитонова — локальная болезненность справа от позвоночника на уровне остистого отростка IV грудного позвонка;
- симптом Мюсси-Георгиевского, или френикус-симптом, — болезненность при пальпации в надключичной области справа, в точке, расположенной между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

• симптом Ортнера — болезненность в точке желчного пузыря при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;

• симптом Лепене — локальная болезненность при энергичном поколачивании кончиками согнутых пальцев по реберной дуге справа на выдохе.

Однако при тщательном сборе жалоб пациентами отмечается четкая связь болевого синдрома с приемом обильной пищи или с погрешностями в диете.

Атипичные варианты течения. Кардиалгическая форма. Проявляется сердечной симптоматикой в виде длительных тупых болей в области сердца, возникающих после обильной еды, нередко в положении лежа. Могут быть аритмии по типу экстрасистолии.

Эзофагалгическая форма. Пациент жалуется на диспепсические расстройства: упорная изжога, сочетающаяся с тупой болью за грудиной. После обильной еды может появиться чувство «кола» за грудиной.

Кишечная форма. Характеризуется наличием неопределенной локализации боли по всему животу, вздутие живота, расстройство стула в виде запоров.

Продолжение в следующем номере

 **БЕЛСЕПТ**
все для дезинфекции

223043, Минский р-н,
д. Цнянка, ул. Кольцевая, 20
тел. (017) 335-34-82
(029) 614-05-05
e-mail: infobel@polisept.ru

 **ДИСПЕНСЕР-КОНТЕЙНЕР
С САЛФЕТКАМИ
ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ**

Преимущества:
- уникальная нетканая безворсовая салфетка из полиэстера с добавлением натуральных волокон, прекрасно сохраняющая форму, устойчивая к разрыву;

- полное удаление видимых загрязнений;
- площадь обеззараживаемой поверхности — не менее 1,8 м²;
- экономичный расход рабочего раствора — 1,8 л на 100 салфеток;
- быстрое впитывание рабочего раствора — время до начала работы не более 15 минут.

Назначение:
Дезинфекция и профессиональная уборка способом протирания поверхностей, включая медицинские приборы, аппаратуру, оборудование и прочие объекты, рабочими растворами дезинфицирующих средств в организациях различного профиля.

Свидетельство о государственном реестре № RU 77-99-21-002-Е-009349-05-12 от 25.05.2012 г. УИЧ 610392934