

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Оревкова О.Д.¹, Галаганова А.А.², Стяжкина С.Н.³

¹Оревкова Ольга Дмитриевна – студент;

²Галаганова Александра Алексеевна – студент,

кафедра факультетской хирургии и урологии, педиатрический факультет;

³Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,

кафедра хирургии и урологии,

Ижевская государственная медицинская академия,

г. Ижевск

Аннотация: статья посвящена изучению хронического холецистита. В статье представлены современные данные по этиологии и патогенетическим механизмам развития данной патологии. Описан клинический случай.

Ключевые слова: хронический холецистит.

Хронический холецистит – воспаление желчного пузыря, сопровождающееся нарушением его моторной функции и в некоторых случаях – образованием конкрементов. Клинически проявляется болью и тяжестью в правом подреберье, возникающими часто после приема жирной пищи и алкоголя, тошнотой, рвотой, сухостью и горечью во рту. Информативными методами диагностики хронического холецистита служат биохимические пробы крови, УЗИ желчного пузыря, холецистография, дуоденальное зондирование.

По данным ряда авторов, хронический холецистит чаще развивается у женщин старше 40 лет, преимущественно, среди страдающих ожирением. Заболевание регистрируется у 10% всего взрослого населения и в большинстве случаев обусловлено наличием камней в желчном пузыре. Среди мужчин более распространена бескаменная форма холецистита.

Ведущими факторами хронического холецистита являются:

- Женский пол: женщины болеют хроническим холециститом в 5-6 раз чаще, чем мужчины. Считается, что этому способствует высокий уровень эстрогенов.

- Тучный вес: Чрезмерное питание повышает уровень холестерина в желчи и, соответственно, риск отложения холестериновых камней.

- Частые роды: Снижение тонуса брюшной стенки и внутрибрюшного давления у таких женщин приводит к нарушению моторики желчного пузыря, что повышает риск развития холецистита. Кроме того, при беременности многократно повышается уровень эстрогенов, что негативно сказывается на желчевыделительной функции.

Другие факторы риска:

1) Сахарный диабет,

2) Сердечно-сосудистые заболевания,

3) Прием гормональных контрацептивов,

4) Быстрое похудение,

5) Нерациональное питание с большими перерывами между приемами пищи [1].

Классификация хронического холецистита

В зависимости от особенной течения заболевания выделяют латентную (вялотекущую), рецидивирующую и гнойноязвенную формы хронического холецистита.

По наличию конкрементов различают:

- хронический холецистит без холелитиаза (бескаменный);
- хронический калькулезный холецистит.

Выделяют стадии:

- обострения;
- ремиссии.

По течению выделяют легкое, средней тяжести и тяжелое течение. Легкое течение характеризуется 12 обострениями в течение года, наличием желчных колик не чаще 4 раз в году. Для хронического холецистита средней тяжести характерно 3-4 обострения в течение года. Желчные колики развиваются до 5-6 раз и более в течение года. Тяжелому течению свойственны обострения заболевания до 5 раз и более в году [3].

Лечение хронического холецистита без холелитиаза (ХБХ).

Лечебная программа включает:

- режим;
- диетотерапию;
- лекарственную терапию в период обострения:
- купирование болевого синдрома;
- применение желчегонных средств;
- антибактериальную терапию;
- нормализацию функций вегетативной нервной системы;
- иммуномодулирующую терапию и повышение общей реактивности организма;
- физиотерапию, водолечение;
- санаторно-курортное лечение [2].

Профилактика.

Профилактика Хронического холецистита состоит в поддержании активного образа жизни, санации очагов инфекции, полноценном лечении органов пищеварения и рациональном питании, химически, механически и термически оберегающем органы пищеварения и исключающем продукты, богатые холестерином и щавелевой кислотой. Блюда предпочтительнее отварные, запеченные или тушеные. На завтрак рекомендуются овощные салаты и пюре, отварные овощи, нежирный творог с сахаром, омлет, каши, отварные макароны или вермишель с сыром. В обед на первое — вегетарианские супы: из сборных овощей, картофельный, крупяной с картофелем, молочные с крупами, вермишелью. На второе — отварное мясо, паровые биточки из мяса, тушеное мясо с овощами без предварительной обжарки, курица, рыба, картофельные котлеты со сметаной. На третье — компот, кисель, напитки из шиповника, фруктовый сок. На ужин можно использовать тот же ассортимент блюд, что и на завтрак, дополнив его различными запеканками (из творога, с крупами, овощами, фруктами), овощным рагу, тушеными овощами, варениками с творогом [5].

При заболевании печени и желчевыводящих путей, в том числе — хроническом холецистите, **рекомендуются:** хлеб ржаной (подсушенный или вчерашней выпечки), печенье, несдобные мучные изделия.

Из рыбы: судак, треска, навага, щука, сазан и другие нежирные виды — отварная, запеченная после отваривания куском, фрикадельки, суфле, фаршированная.

Из молочных продуктов: молоко, кефир, простокваша, сметана как приправа к блюдам, обезжиренный творог и запеченные блюда из него, неострый и нежирный сыр.

Из жиров: сливочное масло (ограниченно и только в натуральном виде), рафинированные масла — подсолнечное, кукурузное, оливковое.

Блюда из круп: в самом широком «диапазоне», из гречки и овсянки — лучше с добавлением творога и сухофруктов.

Мясо и птица: нежирные сорта говядины, кролик, куры, мясная и обрезная свинина, молодая нежирная баранина.

Из меню исключаются: свежий хлеб, изделия из слоеного и сдобного теста [6].

Не рекомендуются: жирные сорта мяса, утка, гусь, дичь, копчености, консервы, жареные блюда. Обострение заболевания могут дать жирные виды рыб — белуга, кета, осетрина, севрюга. Увы, придется отказаться и от сливок, жирного молока

(выше 6 процентов), ряженки, жирного творога, соленого и жирного сыра. А также от свиного, говяжьего, бараньего сала, кулинарных и пережаренных жиров [4].

Клинический случай (хронический калькулезный холецистит в стадии обострения)

Больная А. (13 лет) 16.09.2017 поступила в БУЗ УР ИРКБ с жалобами на сильные ноющие боли в животе (в эпигастральной области, правом и левом подреберье), возникающие по утрам и через 30-40 минут после приема пищи, длительностью от 20 минут до 3 часов. Боли купирует Но-шпой, алохолом. Иногда боли иррадируют в область поясницы. Тошнота возникает после еды. Вне зависимости от характера съеденной пищи, иногда рвота, всем объемом съеденной пищи, приносящая облегчение. Иногда возникает привкус горечи во рту. Также жалобы на частые головные боли, быструю утомляемость, вялость.

Пациентка считает себя больной с 12 лет, когда стали беспокоить боли в животе, преимущественно в правом подреберье, возникающие после приема пищи, тошнота. Был поставлен диагноз-хронический холецистит, а за год до этого была выявлена деформация желчного пузыря, также в течение последних 4 лет наблюдалась глистная инвазия ЖКТ (лямблиоз, аскаридоз). После проведенного лечения (какого - не помнит) симптомы исчезли. В дальнейшем обострения возникали примерно раз в квартал. На протяжении последних 6 месяцев симптомы стали появляться 1-2 раза в неделю.

На основании:

- жалобами на сильные ноющие боли в животе (в эпигастральной области, правом и левом подреберье), возникающие по утрам и через 30-40 минут после приема пищи, длительностью от 20 минут до 3 часов. Боли купирует Но-шпой, алохолом. Иногда боли иррадируют в область поясницы. Тошнота возникает после еды. Вне зависимости от характера съеденной пищи, иногда рвота, всем объемом съеденной пищи, приносящая облегчение. Иногда возникает привкус горечи во рту. Также жалобы на частые головные боли, быструю утомляемость, вялость.

- *anamnesis morbi* - Пациентка считает себя больной с 12 лет, когда стали беспокоить боли в животе, преимущественно в правом подреберье, возникающие после приема пищи, тошнота. Был поставлен диагноз-хронический холецистит, а за год до этого была выявлена деформация желчного пузыря, также в течение последних 4 лет наблюдалась глистная инвазия ЖКТ (лямблиоз, аскаридоз). После проведенного лечения (какого - не помнит) симптомы исчезли. В дальнейшем обострения возникали примерно раз в квартал. На протяжении последних 6 месяцев симптомы стали появляться 1-2 раза в неделю.

- данных объективного обследования – На основании объективных данных: обложенность языка, боли при поверхностной пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Положительные симптомы Кера, Ортнера, Мерфи, Мюсси. На основании параклинических исследований: УЗИ-перегиб желчного пузыря, способствующий развитию заболевания. Анализ крови - эозинофилия и лейкоцитоз, гипопроотеинемия. Исследование дуоденального содержимого: спазм сфинктера Одди, спазм сфинктера Люткенса, гипомоторная дискинезия желчного пузыря, дисхолия. Ставится предварительный диагноз - хронический калькулезный холецистит в стадии обострения.

Список литературы

- 1 Хирургические болезни. 2-е издание. М.И. Кузин - ред. М. Медицина, 1995 г.
- 2 Лекции по хирургическим болезням. «Холецистит» С.В. Рачинский.
- 3 *Алиев М.А., Шальков Ю.Л.* Хирургия ЖКБ. // Алматы: «БІЛІМ», 1996. 256 с.
- 4 *Онучина Е.В., Рожанский А.А., Пошкайте И.А.* // Сибирский медицинский журнал. Иркутск, 2002. С. 84.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Сафиуллина А.И.¹, Макарова Р.В.², Акимов А.А.³, Стяжкина С.Н.⁴

¹Сафиуллина Айгуль Ильгизовна – студент;

²Макарова Регина Валерьевна – студент,
кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, лечебный факультет;

³Акимов Антон Александрович – аспирант,

⁴Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук,
кафедра факультетской хирургии с курсом урологии,
Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск

Аннотация: острый панкреатит – это прогрессирующее заболевание поджелудочной железы, характеризующееся некротическими и воспалительно-деструктивными изменениями паренхимы и обструкцией панкреатических протоков, приводящими к стойкому нарушению функций. Данная статья описывает клинический случай острого деструктивного панкреатита с осложнениями.

Ключевые слова: острый панкреатит, киста поджелудочной железы, осложнения.

Среди всех заболеваний органов ЖКТ частота острого панкреатита составляет от 5,1 до 9%, а в последние несколько лет статистика заболеваемости панкреатитом возросла в два раза. Социальная значимость проблемы обусловлена тем, что наиболее часто заболеванием страдают лица активного трудоспособного возраста, а среди причин заболевания одно из первых мест занимает алкоголизм и алиментарные факторы [2].

Основным этиологическим фактором в развитии острого панкреатита являются различные заболевания внепеченочных желчевыводящих путей – желчно-каменная болезнь, холедохолитиаз; стеноз, спазм, отек или воспаление большого дуоденального (фатерова) соска; дискинезия желчных путей и другие заболевания, вызывающие нарушение оттока панкреатического секрета и развитие внутрипротоковой гипертензии. Второй по частоте причине развития острого панкреатита являются алкоголизм и употребление суррогатов алкоголя, приводящие к токсическому повреждению поджелудочной железы, нарушению функций печени, извращению синтеза ферментов [1, с. 33]. Для алкогольных панкреатитов характерна гипертриглицеридемия, а повышенный распад триглицеридов под влиянием липаз может привести к повреждению ацинарных клеток образующимися при этом свободными жирными кислотами [4].

Клинический пример: Больная Ш., 72 лет, поступила (17.10.17) в хирургическое отделение 1 Республиканской клинической больницы с диагнозом: острый панкреатит, киста поджелудочной железы. Считает себя больной с мая 2017 г., когда внезапно появились боли в эпигастральной области, опоясывающего характера, тошнота. Пациентка обратилась за медицинской помощью в ЦРБ и была госпитализирована в хирургическое отделение, где находилась на стационарном лечении в течение 26 дней. В дальнейшем выписана для прохождения амбулаторного лечения. В сентябре месяце стала предъявлять жалобы на увеличение живота в размере, похудание. На УЗИ были выявлены кисты в головке, перешейке и хвосте поджелудочной железы, увеличивающиеся в динамике, а также признаки хронического калькулезного холецистита. Была направлена на госпитализацию в 1 Республиканскую клиническую больницу. При поступлении в хирургическое