Введение

Актуальность

Беременность обостряет все процессы, происходящие в организме. Это же касается воспалительных процессов, в том числе и холецистита. Холецистит при беременности обостряется примерно в 50 % случаев, как правило, это приходится на третий триместр. Другой стороны, и сам холецистит влияет на беременность, затягивает течение токсикоза, иногда появляется слюнотечение.

В настоящее время заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей являются актуальной для современной медицины проблемой. Заболевания желчного пузыря занимают одно из ведущих мест среди всех болезней ЖКТ. Поэтому внедрение образовательных программ является актуальным вопросом. Необходимо отметить, что в доступной литературе недостаточно встречаются сведения, раскрывающие многообразие взаимосвязей между биохимическими сдвигами, клиническими, психоэмоциональными изменениями в организме человека при заболеваниях желчевыводящей системы и не достаточно разработаны подходы и раскрыты пути коррекции развившегося дисбаланса. В связи с этим оптимизация диагностики и лечебно-профилактических мероприятий у лиц разного возраста с различными формами желчевыводящей патологии является актуальной. Любые изменения в естественных процессах желчеобразования и желчевыведения нельзя оставлять без врачебного контроля, так как в запущенном состоянии болезни желчного пузыря и его протоков наносят непоправимый ущерб пищеварению человека и его организму в целом:

· нарушается процесс детоксикации: из организма своевременно не выводятся переработанные токсины, лекарства и другие вредные вещества;

· снижается способность успешно бороться с инфекциями;

· повышается риск развития эрозий и воспалений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Болезни, поражающие желчный пузырь и его протоки, оказывают пагубное влияние на процесс желчеобразования и желчевыведения, приводя к застою желчи, образованию желчных камней.

Ранняя диагностика и лечение патологий желчевыводящей системы имеет большое клиническое значение. Из-за трансформации функциональных нарушений в желчевыводящей системы в органическую патологию, которая происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединению воспалительного процесса. Знание темы необходимо для решения профессиональных задач по диагностике, лечению и реабилитации больных хроническим холециститом. Освоение темы предусматривает знание курса нормальной анатомии и гистологии органов гепатобилиарной системы, патологии, микробиологии, пропедевтики внутренних болезней, рентгенологии, клинической фармакологии.

Цель:

раскрыть и проанализировать клинико-функциональные особенности заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей и оптимизировать систему мероприятий по их профилактике.

Рассказать о комплексном применении медикаментозной и немедикаментозной терапии, направленной на снижение процесса дисфункций желчного пузыря, сфинктерной системы, воспалительных процессов в желчевыводящей системе, которые приведут к улучшению показателей качества жизни и психоэмоционального статуса людей нашего общества.

Задачи:

знать этиологию, патогенез, клиническую картину, осложнения и лечение хронического холецистита. Уметь собирать жалобы и анамнез, проводить физическое и лабораторно-инструментальное обследование беременной с хроническим холециститом.

Список сокращений

ГГТФ - Гамма-глютамилтранспептидаза

ДМВ - Дециметроволновая терапия

ЛФК - Лечебная физическая культура

МКБ-10 - Международная классификация болезней Десятого пересмотра

МРТ - Магнитно-резонансная томография

СМТ - синусоидальные модулированные токи

СОЭ - Скорость оседания эритроцитов

УВЧ - Ультравысокочастотная терапия

УЗИ - Ультразвуковое исследование

ЭРППХГ - Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

ЖКТ- желудочно-кишечный тракт

ЖКБ - желчекаменная болезнь

.Определение

Хронический холецистит - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся воспалительными изменениями стенки желчного пузыря, преимущественно бактериального происхождения, приводящее к атрофии слизистой и склеротическим изменениям стромы, иногда возникающее вторично при дискинезии желчных путей и желчных камнях или паразитарных инвазиях.

Различают хронический бескаменный холецистит и хронический калькулезный холецистит.

Хронический бескаменный холецистит составляет от 5 до 10 % всех случаев холецистита и может предшествовать развитию камней. Чаще болеют женщины в возрасте после 40 лет с повышенной массой тела, блондинки, часто беременевшие (пентада F).

Хронический холецистит - воспаление стенки желчного пузыря, нередко рецидивирующее заболевание.

Хронические заболевания печени и желчного пузыря встречаются у 3% беременных.

Холецистит - воспаление и раздражение желчного пузыря. Если возникает проблема с оттоком желчи, она собирается в желчном пузыре, что провоцирует его раздражение: развиваются инфекции и появляется боль. Заболевание поражает чаще женщин, нежели мужчин, связано это с отличием в строении мочеполовой системы. Основная группа риска женщины старше 35 лет. Холецистит может протекать как в острой, так и в хронической форме.

. Классификация

По течению холецистит может быть острым и хроническим.

Острый холецистит делится на: катаральный, флегмонозный, гангренозный.

Хронический холецистит делится на: бескаменный, калькулёзный.

В литературе описаны многочисленные классификации воспалительных заболеваний желчных путей. В некоторых из них обращается больше внимания на патологоанатомические изменения, при этом упускаются клинические стадии развития процесса, имеющие немаловажное значение для оказания правильного лечения.

Следует согласиться с мнением В. А. Королева, Д. Л. Пиковского (1971), что симптоматология желчнокаменной болезни и бескаменных холециститов столь разнообразна, что создать единую классификацию, удовлетворяющую потребности хирургов, терапевтов и морфологов, довольно сложно, поскольку она будет громоздкой, что затруднит ее применение в практике. Для хирургов важно иметь такую классификацию, которая могла бы помочь в решении наиболее важных вопросов ургентной хирургии, касающихся выбора метода лечения - консервативного или оперативного с определением объема оперативного вмешательства. Наиболее полной классификацией, в основе которой лежат патологоанатомический и клинический принципы деления заболеваний желчных путей, на наш взгляд, является классификация С. П. Федорова (1918). Он выделяет:

) острый первичный холецистит с исходами:

а) полное выздоровление,

б) первичная

в) вторичная воспалительная водянка;

) хронический неосложненный рецидивирующий холецистит;

) осложненный рецидивирующий холецистит:

а) гнойный,

б) язвенный,

в) гангренозный,

г) эмпиема пузыря;

) склероз пузыря;

) актиномикоз пузыря;

) туберкулез пузыря.

Из воспаления желчных протоков Федоров выделяет подострый, острый и гнойный холангит.

Классификация С. П. Федорова явилась основой для многих современных классификаций острого холецистита, более упрощенных, но основанных также на клинико-анатомических признаках (П. А. Гепцына, В. Т. Талалаев, 1936; П. Г. Часовников, 1938; А. Д. Очкин, 1949; А. М. Джавадян, 1957; и др.). Перечислим вкратце некоторые классификации, наиболее часто применяемые в практике.

В. Т. Талалаев выделяет: 1) острый холецистит с исходом в выздоровление или водянку пузыря; 2) хронический холецистит, осложненный или неосложненный; о) склерозирующий холецистит со сморщиванием, утолщением и обызвествлением стенок пузыря.

П. Г. Часовникоз классифицирует холециститы на: 1) острые первичные; 2) хронические рецидивирующие, среди которых выделяет неосложненные и осложненные.

Классификация А. Д. Очкина включает:

) воспаление желчного пузыря:

а) острый холецистит (катаральный, флегмонозный, гангренозный);

б) осложненный с рецидивами и всевозможными осложнениями;

) воспаление протоков:

а) острый холангит;

б) хронический рецидивирующий холангит.

Л. С. Орлова классифицирует холецистит на:

) неосложненный:

а) первичный хронический холецистогепатит;

б) лямблиозный холецистит;

в) первый приступ острого простого холецистита;

г) рецидивирующий простой хронический холецистит;

) осложненный:

а) хронический холецистит с редкими приступами;

б) хронический холецистит с частыми приступами.

А. М. Джавадян выделяет:

) простой (катаральный, водянка, хронический рецидивирующий неосложненный)

) деструктивный (флегмонозный, эмпиема, гангренозный, прободной, острый холецистопанкреатит, холангиты, ангиохолиты, острая и хроническая закупорка общего желчного протока) холециститы, причем к последним относит все формы с распространением процесса за пределы желчного пузыря.

Как видим, во всех приведенных классификациях холециститы разделены на простые (неосложненные) и осложненные. Неосложненные холециститы нередко заканчиваются полным выздоровлением, а при прогрессировании патологического процесса могут перейти в осложненные. Однако встречается и первичный гангренозный холецистит, протекающий быстро и тяжело вследствие сосудистого фактора.

Симптоматология неосложненного и осложненного холецистита во многом сходна, поэтому нередко их трудно дифференцировать (правда, у части больных с деструктивными процессами в желчном пузыре или протоках заболевание может протекать более тяжело с частыми приступами). Что же касается методов лечения этих форм, то они резко различаются; существуют различия и в необходимости и объеме оперативного вмешательства.

Классификация А. М. Джавадяна, основанная на патологоанатомических и клинических признаках, удобна для использования в практических целях и для обработки статистического материала. В дальнейшем А. М. Джавадян и Л. Б. Крылов (1976) несколько уточнили классификацию острого холецистита, что, по их мнению, должно помочь хирургам выработать конкретные методические рекомендации.. Неосложненный холецистит:

) катаральный (простой) холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего;

) деструктивный холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего, в свою очередь, подразделяющийся на флегмонозный, флегмонозно-язвенный и гангренозный.. Осложненный холецистит:

) окклюзионный (обтурационкый) (инфицированная водянка, флегмона, эмпиема, гангрена желчного пузыря);

) прободной с явлениями местного или разлитого перитонита;

) острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков (холедохолитеаз, холангит; стриктура холедоха, папиллит, стеноз фатерова сосочка);

) острый холецистопанкреатит;

) острый холецистит, осложненный пропотным желчным перитонитом.

Как видно из приведенной классификации, в группу неосложненного холецистита входят катаральные и деструктивные формы. Подобное разделение условно, поскольку деструктивные (флегмонозные, флегмонозно-язвенные и гангренозные) формы воспаления только доопределенного времени могут не выходить за пределы желчного пузыря, после чего закономерно приводят к развитию различного рода осложнений острого холецистита.

Вторая группа острого холецистита делится на ряд форм, которые развиваются при распространении воспалительного процесса за пределы желчного пузыря.

Как известно, в возникновении острого холецистита имеют значение наличие желчных камней, застой желчи и инфекция. Каждая из указанных причин в отдельности может вызвать заболевание, но чаще они сочетаются. При остром холецистите, протекающем без нарушения проходимости пузырного протока, чаще причиной воспаления желчного пузыря является инфекция, и при своевременно и правильно проведенном лечении болезнь может закончиться выздоровлением. При закупорке пузырного протока желчными камнями нередко возникают водянка, флегмона, эмпиема и гангрена пузыря, протекающие с характерными клиническими и патологоанатоми-ческими признаками. Каждая из форм осложненного холецистита в той или иной мере отличается особенностями клинической картины, требующими определенной хирургической тактики.

## . Этиология

Существует много причин, по которым может возникнуть данное заболевание, но выделяют ряд основных: воспалительные процессы в организме, а именно желудочно-кишечного тракта; желчнокаменная болезнь; наличие паразитов (глистов) в организме; воспаление мочевыводящих путей; заболевания печени; инфекционные заболевания почек; нарушенное кровоснабжение желчного пузыря; нарушенный обмен веществ; беременность; аллергия; неправильное питание.

Возникновению холецистита способствуют перенесенные гнойные инфекции брюшной полости, аппендицит, воспаление придатков, пищевые токсические инфекции. При таких заболеваниях снижаются антибактериальные свойства желчи, желчного пузыря как форпоста местного иммунитета. И микробы в брюшной полости могут сохраняться годами.

Развитию холецистита способствуют:

· врожденные деформации, перетяжки, нарушающие выделение желчи;

· дискинезия желчевыводящих путей;

· переедание, пристрастие к жирной и острой пище, жареным блюдам;

· травмы желчного пузыря (например, острыми кристаллами кальцинатов), приводящие впоследствии к возникновению перетяжек;

· панкреатит;

· беременность, высокое стояние дна матки и нарушение кровотока в печени и желчном пузыре, при гестозе;

· нарушение обмена веществ, при диабете;

· аллергические реакции;

· возрастное нарушение кровоснабжения жёлчного пузыря;

· беременность;

· запоры, сидячий, малоподвижный образ жизни.

## . Патогенез

В механизме развития холецистита участвуют несколько факторов. Во-первых, это нарушение выделения желчи не только желчным пузырем, но и желчными протоками печени. Застой желчи и растяжение стенки желчного пузыря вызывают воспаление в его стенке, пока не связанное с инфекцией. Вскоре присоединяется инфекция - второй механизм воспаления желчного пузыря. Микробы могут проникнуть в желчный пузырь из тонкой кишки, восходящим путем, через лимфатическую систему, через кровь. Из желчи высевают стафилококк, кишечную палочку.

Хронический холецистит, как и другие заболевания верхней части пищеварительного тракта, способствует развитию и продлению раннего токсикоза. У 9% ведущий симптом - рвота - продолжается до 29-30 недель беременности, иногда - с желчью.

## Функциональные нарушения нервно-мышечного аппарата => гипо- или атонии ЖП. Внедрение микробной флоры => воспаление слизистой ЖП. При дальнейшем прогрессировании процесса воспаление распространяется на подслизистый и мышечный слои стенки ЖП => инфильтраты, соединительнотканные разрастания. При переходе процесса на серозную оболочку => спайки с глиссоновой капсулой печени и соседними органами (желудком, двенадцатиперстной кишкой, кишечником) (перихолецистит). Помимо катарального, может возникнуть флегмонозный или гангренозный процесс. В тяжёлых случаях в стенке ЖП - мелкие абсцессы, очаги некроза, изъязвления => перфорация или развитие эмпиемы. Гангренозная форма (редко) при анаэробной инфекции => гнилостная деструкция стенок ЖП.

## . Клиника

Течение хронического холецистита периодически рецидивирующее. Проявление обострения - боль или тяжесть в правом подреберье. При распространении воспаления боли могут стать постоянно ноющими, как больной зуб. Они отдают в соответственную расположению желчного пузыря точку на спине. Эта точка носит название по авторам - Мейо-Робсона. Боли иногда отдают в правую лопатку, в плечо. Может появиться горечь во рту.

У беременных обострение хронического холецистита происходит в III триместре (91,1% беременных), когда дно матки стоит высоко, нарушая прохождение желчи. У 1/3 беременных клиническая картина может быть иная, напоминая другие заболевания пищеварительной системы. Примерно 20% связывают боль с шевелением плода, когда его ручка или ножка бьет по желчному пузырю матери.

Кроме боли появляется чувство тяжести. При употреблении тяжелой пищи (жирное, жареное, соленое) боль усиливается и проявляется приступами. Кроме боли появляются такие симптомы: рвота и тошнота; чувство горечи; вздутие; разлады в работе пищеварительной системы (запоры, поносы); слабость; повышение температуры; плохой аппетит; быстрая утомляемость; раздражительность. Протекание заболевания у беременных.

Беременность - одна из причин возникновения холецистита или обострения его хронической формы. Нарушается моторная функция желчного пузыря, ослабляется его мускулатура, это служит причиной заболевания у беременных. В первом триместре заболевание особо не проявляется, если женщина ведет здоровый способ жизни. Но во втором и третьем триместре заболевание может приобрести острый характер, так как появляется дополнительная нагрузка на органы (рост плода). Чаще всего развивается в третьем триместре. Заболевание характеризуется болевыми ощущениями, особенно после приема пищи и смене положения тела. Может повышаться температура тела. Каково влияние на плод? Если вовремя диагностировать и принять правильные меры, то заболевание не навредит ни маме, ни малышу. Диагностика При первых же признаках недуга необходимо обратиться к специалисту и провести диагностику. Не ставьте себе диагноз самостоятельно, вы не специалист и неверный диагноз может навредить не только вашему здоровью, а здоровью вашего будущего ребенка.

## . Диагностика

Диагностика холецистита у беременных. Первым делом проводится развернутый анализ крови (биохимический, на сахар и т.д.). По его признакам можно очень быстро установить присутствуют ли какие-либо воспалительные процессы в организме. Следующий этап - анализ мочи. Результаты этого анализа помогут выяснить присутствует ли заболевание почек и мочевыводящих каналов. Устанавливается наличие или отсутствие слизи и крови в моче. Также необходимый анализ - анализ кала. Ведь одной из причин холецистита является наличие глистов в организме, определить которых можно с помощью кала. Назначается УЗИ брюшной полости.

Проводится УЗИ всех органов для установления каких-либо изменений. Также собирается анамнез заболевания, чтобы избежать негативных последствий и не навредить здоровью плода. После установления диагноза пациентам назначается лечение, которое проходит строго под присмотром специалиста.

## В типичных случаях диагноз острого холецистита не представляет затруднений. Сильный приступ болей в правом подреберье, сопровождаемый повышением температуры тела, изменениями в клиническом анализе крови, характерные для воспалительного процесса (нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, увеличение СОЭ) - это основные признаки, которые в первую очередь заставляют врача думать о наличии у больного острого холецистита. Тщательные пальпация и перкуссия области правого подреберья с определением упомянутых выше характерных для этого заболевания симптомов, в необходимых случаях - эхография, термография, компьютерная томография позволяют подтвердить этот диагноз.

Дуоденальное зондирование выполняют только в первой половине беременности, и крайне редко. Микроскопическое исследование осадка жёлчи малоинформативно, так как лейкоциты в жёлчи быстро разрушаются.

Посев жёлчи иногда помогает установить этиологический фактор воспалительного процесса и определить чувствительность микрофлоры к антибиотикам. Однако результаты имеют условное значение, поскольку к пузырной порции жёлчи примешивается содержимое двенадцатиперстной кишки. Нередко в посевах жёлчи, полученной из воспалённого пузыря, вообще нет роста микробов.

УЗИ - ведущий метод диагностики патологии жёлчного пузыря и хронического холецистита в частности.

При хроническом холецистите размеры жёлчного пузыря могут быть увеличенными, нормальными или уменьшенными. Иногда находят деформированный и сморщенный жёлчный пузырь. Основной эхографический признак хронического холецистита - утолщение стенок более 3 мм. Однако в ряде случаев толщина стенок может быть нормальной или даже уменьшенной (при атрофической форме холецистита). Утолщение стенок неравномерное, внутренний контур неровный.

При обострении одним из ультразвуковых признаков считают трёхслойность стенки жёлчного пузыря. Содержимое, как правило, негомогенное, с различными включениями (сгустки неоднородной жёлчи, микролитов). Эти включения могут свободно плавать в жёлчи, что легко определяется при перемене положения больного. Также они могут фиксироваться к стенке жёлчного пузыря. Обычно патологические изменения более выражены в области шейки жёлчного пузыря. После желчегонного завтрака определяют сократительную функцию жёлчного пузыря, которая, как правило, снижена.

Дифференциальный диагноз проводят с другими заболеваниями органов пищеварения - хроническим панкреатитом, дуоденитом, гастритом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, синдромом раздражённого кишечника, а также с функциональными заболеваниями желудка, кишечника и билиарного тракта.

## . Лечение

холецистит хронический беременная лечение

К счастью, холецистит без труда диагностируется с помощью обычного осмотра гастроэнтерологом и УЗИ, которое абсолютно безопасно для плода. Благодаря этому методу исследования врачи получают ценную информацию о характере нарушений желчного пузыря и его протоков, а также о наличии камней. На основании этих данных и принимается решение о виде назначаемого лечения холецистита при беременности. Обычно лечение хронического холецистита не требует госпитализации больной, причем в большинстве случаев оно проводится без помощи хирургов. Хотя при обострении заболевания или развитии опасных осложнений все же может потребоваться госпитализация беременной и проведение операции.

Профилактика обострений и лечение хронического холецистита для беременных предполагают опять-таки лечебно-диетическое дробное питание, 5-6 раз в день, с использованием растительно-белковой пищи, исключая острые, жирные и жареные продукты и блюда. Лечебные воды «Ессентуки-17», «Моршинская», «Арзни» и пр.

Профилактически, в 16, 28, 32, 36 недель, назначаются мягкие желчегонные средства растительного происхождения. Непревзойденным тут является экстракт артишока - препарат Хофитол, с желчегонным, защитным для печени действием. Кроме того, длительный, двухнедельный, курс лечения Хофитолом предотвращает формирование плацентарной недостаточности, ЗВУРа плода, развитие гестоза. Кроме артишока желчегонным и послабляющим действием обладают кукурузные рыльца, шиповник, перечная мята, брусничный лист. Все эти растительные экстракты присутствуют в чае для печени и желчного пузыря «Холефлюкс» (Choleflux) французского производителя Рон Пуленк, серия Nattermanri's tee (чай Наттермана). Если помните, о тех же чаях я писала в связи с заболеваниями мочевыводящих путей, только там чай был Uroflux (почечный чай Наттермана).

При обострении хронического холецистита необходима госпитализация. Лечение проводят в течение 10-14 дней. Применяются уже не растительные, а медикаментозные средства - Церукал, нормализующий выделение желчи, при любой форме нарушения моторной функции желчного пузыря, кроме того, прекращает тошноту и рвоту беременных. Эссенциале в тяжелых случаях вводится внутривенно, нормализует обмен веществ, также лечит плацентарную недостаточность, ЗВУР плода, предотвращает гестоз.

Для «прогонки» желчи, прокачивания желчного пузыря применяется так называемый тюбаж: натощак выпивается ложка растительного масла или ложка меда или сиропа «Холосас» (сироп шиповника) и правым боком ложатся на горячую, 45 °С, грелку на 15-20 минут, пока грелка не остынет. А если имеется запор, то, перед тем как лечь на грелку, надо выпить карловарскую или глауберову соль (1 ч. л. на стакан воды).

Заболевание характерно длительным развитием с периодическими улучшениями. Основным и первым симптомом недуга является боль. Она может быть разного характера: острая, ноющая, сдавливающая, покалывающая. Место локализации боли - правая сторона, под ребрами, иногда опускается ниже.

Как же лечить холецистит при беременности?

Основное значение в лечение этого заболевание имеет питание. Людям, которые страдают от этого недуга необходимо в корне пересмотреть свое питание и привычки. Из рациона полностью исключаются жирные, жареные, соленые, приправленные продукты. Эти продукты имеют крайне негативное воздействие на процесс протекания заболевания. Беременным необходимо полностью исключить из своего рациона колбасы, чипсы, сухарики, вермишели быстрого приготовления, газированные напитки, майонез и другие соусы, пиццу, хот-доги. Напрочь откажитесь от уличной пищи и фаст-фуда. Эти продукты пересыщены приправами и солью. Необходимо отказаться от алкоголя. Алкоголь и так нежелателен при беременности, но и может усугубить протекание заболевания. Острый холецистит - программа «Доктор И» Медикаментозными средствами Лечение холецистита медикаментозными средствами Доктор также прописывает медикаментозные препараты. Одним из важных лекарственных препаратов является желчегонное средство. Для беременных выбирается самое щадящее. Этот препарат отлично разгоняет желчь, препятствует ее застою в организме и дальнейшего раздражения желчного пузыря. Обезболивающее необходимо при сильных приступах боли. Если боли очень сильные, что женщина не способна их терпеть, то доктор подбирает слабо-концентрированное обезболивающее средство. Если присутствуют признаки воспаления, в отдельных случаях могут назначаться антибиотики.

Доктор оценивает риски для плода без лечения антибиотиками и с ними. При постановлении необходимости назначаются антибиотики. Народными средствами Широко используются рецепты народной медицины. При беременности это довольно опасно, поэтому даже если женщина решила лечиться таким способом, она обязательно должна проконсультироваться у специалиста.

Для лечения холецистита используют бессмертник. Траву запаривают кипятком. Дают ей настояться около 15 минут. Принимают такой настой 4 раза в день до еды по 100 мл. Это обеспечивает мочегонное и желчегонное свойства. Бытует мнение, что сок алое отлично поможет побороть такой недуг как холецистит. Для этого его принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день. Желательно запивать водой.

Диета

Всем без исключения пациенткам показано соблюдение специальной диеты, которая поможет организму самостоятельно справиться с возникшей патологией. Поскольку обострение заболевания вызывает прием нездоровой, жирной пищи, в том числе жирных сортов мяса, рыбы, кисломолочных продуктов, то от этого придется отказаться в первую очередь.

Кроме того, будущим мамам не стоит употреблять:

· копченое;

· соленое;

· жареное;

· шоколад;

· орехи;

· кофе;

· сдобу;

· грубую пищу;

· пряности;

· газированные напитки;

· алкоголь;

· маринованное.

Не менее важными являются график приема и температура пищи. Еда ни в коем случае не должна быть горячей или холодной, идеальной считается температура блюд и напитков около 30-40 °С. Диетологи советуют абсолютно всем людям без исключения, а беременным в особенности, принимать пищу часто и дробно, то есть не менее чем за 5-6 приемов, но в случае развития холецистита эта рекомендация становится правилом.

. Осложнения

Осложнение острого холецистита:

· гнойное воспаление (гангрена, эмпиема) и прободение желчного пузыря, после которого может случиться перитонит - воспаление брюшины;

· появление желчных свищей, которые связывают желчный пузырь с желудком, кишечником или почкой;

· образование ограниченного гнойного очага (т. н. подпеченочный абсцесс);

· механическая желтуха;

· острый панкреатит.

Осложнение хронического холецистита:

· развитие хронического воспаления желчных протоков (холангит)

· перфорация стенки желчного пузыря

· гнойное воспаление пузыря (эмпиема)

· реактивный гепатит.

Помощь при неотложных состояниях.

Неотложная помощь при остром холецистите - срочная госпитализация в стационар, где будет решен вопрос о характере лечения. Применение анальгетиков и антибиотиков не рекомендуется.

применение спазмолитических препаратов: нитроглицерин - 1 табл. под язык, но-шпа 2% раствор 2-4 мл или 2% раствор папаверина 1-2 мл. 2,4% раствор эуфиллина 5 мл в 5% растворе глюкозы 500 мл внутривенно.

внутривенное введение раствора Рингера-Локка, гемодеза, реополиглюкина или других плазмозамещающих растворов;

внутривенное капельное введение 0.25% раствора новокаина (100-150 мл);

антигистаминные препараты (димедрол 1% раствор 1-2 мл или су-прастин 2% раствор 1-2 мл внутривенно);

пузырь со льдом на область правого подреберья:

экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

. Профилактика

Лучшее лечение - это профилактика. Это действительно так. Что же может сделать беременная женщина, чтобы не заболеть? Несколько практических советов:

Физическая активность. Занимайтесь любой физической деятельности: гимнастика, йога, спортивная ходьба, бег, езда на велосипеде и др. Выберите то, что будет вам по душе. Спорт отлично разгоняет кровь по организму, препятствует застою желчи, благодаря чему вы обезопасите себя от заболевания. А еще спорт укрепляет иммунитет. Профилактика холецистита при беременности.

Правильное питание. Ничего лучше не придумаешь от заболевания как налаженный режим питания. Питайтесь маленькими порциями, но часто. Продукты должны быть исключительно натуральными и свежими. Исключите вредные продукты из рациона. При правильном питании качество жизни значительно улучшится. Будьте внимательны к себе и своему организму. Не занимайтесь самолечением. Неправильный подход к здоровью может усугубить любую болезнь, даже самую безобидную.

Профилактика острого холецистита заключается в соблюдении рационального режима питания, занятия физкультурой, предупреждении нарушений жирового обмена, устранении очагов инфекции.

. Прогноз

Хронический холецистит: Прогноз условно благоприятный, при адекватно проведенном лечении трудоспособность будет полностью сохранена. Наибольшую опасность могут представлять осложнения, связанные с разрывом жёлчного пузыря и развитием перитонита. В случае его развития даже при адекватном лечении возможен летальный исход. Также необходимо большое внимание уделять наблюдениям лечащего врача, так как клиническая динамика имеет свои особенности в каждом конкретном случае.

Острый холецистит: Легкие формы острого холецистита без осложнений, как правило, заканчиваются скорым выздоровлением без заметных последствий. При недостаточно адекватном лечении острый холецистит может стать хроническим. В случае развития осложнений вероятность летального исхода весьма велика - смертность от осложненного острого холецистита достигает почти половины случаев. При отсутствии своевременной врачебной помощи развитие гангрены, перфораций, эмпиемы желчного пузыря происходит очень быстро и чревато летальным исходом.

Заключение

холецистит хронический беременная лечение

Холецистит сопровождается функциональными расстройствами желчевыделения, что необходимо учитывать при выборе средств и методов лечебной физической культуры и сегментарного массажа.

Лечебная физическая культура, как метод физической реабилитации, является одним из важнейших средств восстановительного лечения больных с разными формами хронических функциональных заболеваний биллиарного тракта.

Рефлекторно-сегментарный массаж оказывает положительное рефлекторное влияние на желчный пузырь посредством воздействия на рефлекторную дугу вегетативной нервной системы.

Исходя из характера функциональных нарушений, следует использовать средства, способствующие сокращению мускулатуры желчного пузыря, сфинктеров и протоков, в сочетании со стимуляцией желчеотделения.

Средства и методы физической реабилитации больных с холециститом должны быть направлены на восстановление способности желчного пузыря, усилению кровообращения брюшной полости, уменьшению воспалительного процесса, стимуляции обмена веществ, а также укреплению мышц брюшного пресса, нормализации моторной функции желчных путей, желчного пузыря, кишечника, уменьшения печеночного холестаза и усилению желчевыделения.

Перспектива дальнейших исследований видится в использовании лечебной физической культуры, сегментарного массажа, стоун-терапии, диетотерапии, фитотерапии, физиотерапии и лечебным массажем в реабилитации больных с холециститом.

С целью профилактики острого калькулезного холецистита и его осложнений необходимо обследовать всех женщин детородного возраста, особенно планирующих беременность, и при наличии желчнокаменной болезни проводить плановое оперативное лечение этого заболевания до беременности.

При выявлении микролитиаза, дискинезии желчных протоков и бескаменного холецистита применяют консервативную терапию, направленную на нормализацию биохимических и физико-химических свойств желчи, двигательной активности желчевыводящих путей. Эти мероприятия позволят избежать острой неотложной ситуации на поздних сроках беременности, что крайне нежелательно как для матери, так и для плода.

При лечении острого холецистита у беременных операцией выбора может быть лапароскопическая холецистэктомия.

Выжидание без лечения может привести к серьезным осложнениям заболевания, а именно: желчному перитониту, околопузырному инфильтрату, околопузырному абсцессу, механической желтухе, острому панкреатиту, септическому холангиту, абсцессу печени. Невозможно избежать радикальной операции по удалению желчного пузыря в ситуациях, когда имеются деструктивные изменения и гнойное воспаление в желчном пузыре, есть угроза развития или уже имеются признаки перитонита. В этом случае пациентку приходится оперировать даже в последние недели беременности.

Без лечения болезнь может быстро прогрессировать до гангрены желчного пузыря и перфорации, что приводит к сепсису, шоку и перитониту. Такое развитие острого холецистита сопряжено с высокой смертностью (до 65%). Осложнения острого холецистита, как правило, развиваются у больных, не получавших лечение или начавших лечение слишком поздно.

Без лечения примерно у 10% развивается ограниченная перфорация (разрыв) желчного пузыря и разлитой перитонит.

К признакам осложненного течения острого холецистита относятся усиление боли в животе, повышение температуры тела, резкое ухудшение состояния больной.

В настоящее время холецистэктомия является радикальным способом лечения острого деструктивного калькулезного холецистита.

Оперативный доступ должен выбираться индивидуально в каждом конкретном случае, это может быть и срединная лапаротомия, и минилапаротомия в правом подреберье, и лапароскопическая холецистэктомия (относительным противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии являются поздние сроки беременности).

Список литературы

1. Бобров О.Е., Хмельницкий С.И., Мендель Н.А. Очерки хирургии острого холецистита. - Кировоград, ПОЛИУМ. 2008. - 216 с.

. Болотовский Г. В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря. СПб.: Невский проспект, 2003.

. Большая медицинская энциклопедия «Холецистит» Авт. Анна Кучанская Изд. «Весь»С. Петербург 2010г

. Гепатиты излечимы! Цирроз, холецистит, желчно-каменная болезнь. М.: Яуза, 2010. Ковалева Н. Г. Фитотерапия и современная медицина.

.Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф., Конькова М.В., Стукало А.А. Экстренная хирургия желчных путей. - Донецк, ООО «Лебедь». 2005. - 434с.

. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - К.: Здоров’я, 1993. - 512 с.

. Шехтман М.М., Бурдули Г.М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных. - М.: Триада-Х, 1997. - 304 с.

Интернет ресурсы:

1. Источник: <http://puziko.net/beremennost/bolezni/holetsistit.html> Puziko.Net

. <http://medlec.org/lek-31031.html>

. http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=582535

Приложение 1



Приложение 2



Приложение 3



Рис 3.Хронический холецистит