Хронический Холеоцистит

Воспаление стенки желчного пузыря, вызванное длительным раздражением либо камнем, либо повторяющимися острыми воспалительными процессами, либо бактериальной персименцией.

**Патогенез.**

К хроническому холециститу (XX) ведут застой желчи и изменение ее физико-химических свойств. К такой измененной желчи может присоединяться инфекция. Воспалительный процесс может провоцироваться камнем, аномалией развития пузыря, дискинезией последнего. Воспаление желчного пузыря может способствовать дальнейшему образованию камней. Воспаление вызывает вторичную деформацию, сморщивание пузыря, образование различных замкнутых полостей из складок слизистой оболочки. Внутри этих складок находится инфицированная желчь, распространение последней поддерживает воспаление стенки желчного пузыря.

Возможно проникновение инфекция по желчным протокам и ходам с развитием холангита и поражение самой печеночной ткани с развитием холангиогепатита. Калькулезный холеци-стит чреват обтурацией желчного протока и развитием водянки, а при нагноениии эмпиемы желчного пузыря. Камень может быть причиной перфорации стенки желчного пузыря.

 **Клинические проявления.**

Течение XX на фоне ЖКБ

разобрано в разделе, посвященном ЖКБ XX проявляется син-дромами воспаления и моторной дискинезии пузыря.

При ги-пермоторной дискинезии могут быть приступообразные боли в правом подреберье, напоминающие колику, но меньшей выра-женности. Боли возникают после приема жирной или острой, жареной пищи. Гипомоторная дискинеэия проявляется дли-тельными, постоянными, тупыми болями в правом подреберье. Возможно ощущение тяжести, обусловленное переполнением желчного пузыря, вялым оттоком желчи. Оба варианта дискинезии сопровождается диспепсическими явлениями.

Синдром воспаления проявляется лихорадкой, ознобами, соответствующими сдвигами в крови. Местно может развиться перихолеоцистит, для которого типичны достаточно длительные боли в правом подреберье, интенсивность которых связана с погрешностями в диете, физическими напряжениями.

Характерна болезненность при пальпации в правом подреберье при надавливании в «пузырных» точках, иногда пальпируется желчный пузырь, могут быть симптомы раздражения брюшины.

**Диагностика**

Основывается на сочетании синдромов дискинезиии воспаления. Перихолецистит проявляется деформацией стенки желчного пузыря, выявляемой при холецистографии**.** Необходимы бактериологическое исследование желчи, имунологическое обследование; радионуклидное сканирование желчного пузыря; термография. Для исключения ЖКБ —

УЗИ и рентгенологическое исследование в различных модификациях.

Последние позволяют обнаружить деформацию контуров желчного пузыря, утолщение его стенок, резкое нарушение функций, вплоть до полного отключения» желчного пузыря. лабораторные исследования в данном случае дают возможность определить изменения в формуле крови (характерная картина хронического воспалительного процесса), анализы мочи, кала отражают ту или иную степень нарушения желчевыделения, могут быть изменены «печеночные пробы» при развитии холангиогепатита, а также содержание ферментов ПЛС в крови и моче. Дуоденальное зондирование используется в модификации, позволяющей выявить дискинезию и уточнить ее характер, нарушения концентрационной способности желчного пузыря (фракционное зондирование).

Холецистоэндоскопия позволяет решать не только диагно-стические, но и терапевтические вопросы.

**Лечение.**

Соблюдение диеты при XX исключительно актуально. Необходимо увеличение в рациове растительных жиров до 50%, употреблять липотропные блюща (творог и овсяная кру-па), продукты, содержащие витамины группы В. При XX исключают грубые жиры, жареное мясо, пряности, поваренную соль, маринады, пиво, вино, в ом числе сухое и шампанское, орехи, крем, сдобное тесто, блода и напитки в холодном виде.

При обострении XX назначают антибиотики широкого спектра действия: ампициллин (рег оs до 12 г/сут), цефалоспорины (цепорин внутрввенно, внутримышечно 1—2—6 г/сут), хлорамфеникол (левомицетин рег 08 до 6 г/сут) и аминогликозиды (гентамицин внутримышечно 5 мг/кгЛ Антибиотики следует назначать на 10—15 дней. при более длительномприменении - в- сочетании с нистатином, леворином. Показаны нитро-фураны (0,4 г/су т).

При гипомоторной дискинезии назначают пантокрин (.по 20-40 капель), назначают холекинетики (магния сульфат, сорбит, ксилит), тюбажи (закрытое зондирование, 2—3 раза в недепю), пентагастрин, метоклопрамид (реглан, церукал).

При гипермоторной дискинеэии используют но-шпу. папаверин, делагин, лиобил (по 0,4—0,6 г 3 раза в день после еды в течение 2 мес), липрахол (по 0,2—0,4 г, 3 раза в день).

Курортное лечение осуществляется на многочисленных лечебницах Кавказа.