

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 54 (1734)

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) выделены рубрики:

- K81 Холецистит
- K81.1 Хронический холецистит
- K81.8 Другие формы холецистита
- K81.9 Холецистит неуточнённый

Хронический бескаменный холецистит – хроническое рецидивирующее заболевание, проявляющееся длительным воспалительным процессом в стенке желчного пузыря, приводящим к атрофии и склеротическим изменениям стромы, сочетающееся с функциональными нарушениями желчного пузыря и сфинктерного аппарата билиарного тракта и изменениями физико-химических свойств и биохимической структуры желчи.

Хронический холецистит чаще является следствием перенесённого острого холецистита или хронического вялотекущего воспалительного процесса в желчном пузыре при наличии в нём постоянного очага инфекции.

Распространённость. Хронический некалькулёзный холецистит – одно из распространённых заболеваний – встречается значительно реже каменного, составляя не более 15-20% всех случаев холецистита. Женщины болеют в 3-4 раза чаще мужчин, при этом заболевание чаще возникает преимущественно в возрасте 30-45 лет. В развитии бескаменного холецистита основную роль играют три компонента: 1) бактериальная инфекция, проникающая ретроградно по желчным ходам или гематогенным путям; 2) застой желчи; 3) изменения физико-химического состава желчи. По нашему мнению, частота хронического бескаменного холецистита существенно преувеличена.

Классификация

Клинически хронический холецистит подразделяют на две основные формы заболевания:

хронический бескаменный холецистит; хронический калькулёзный холецистит. Некалькулёзный холециститом в 20-30% случаев заболевают молодые, калькулёзным чаще (в 60-70% случаев) болеют лица среднего возраста.

По степени тяжести выделяют лёгкую, среднюю и тяжёлую формы.

По характеру течения холецистита выделяют: хронический рецидивирующий холецистит (с частыми или редкими обострениями), вялотекущий хронический холецистит и имеющий атипичное течение.

По фазе заболевания: обострение, затухающее обострение, ремиссия.

По клиническим проявлениям – с преобладанием воспалительного процесса или с преобладанием дискинезии (Р.Иванченкова, 2006).

По функциональному состоянию желчного пузыря и желчных путей выделяют:

- дискинезию желчных путей по гипертонически-гиперкинетическому типу;
- дискинезию желчных путей по гипотонически-гипокинетическому типу;
- без дискинезии желчных путей;
- «отключённый» желчный пузырь.

Клиника

Хронический холецистит характеризуется длительным прогрессирующим течением с периодическими обострениями. Симптоматика заболевания обусловлена наличием воспалительного процесса в желчном пузыре и нарушением поступления желчи в двенадцатиперстную кишку.

Для хронического холецистита характерными являются: болевой синдром; диспепсический синдром; воспалительно-интоксикационный синдром, синдром желтухи; атипичные формы хронического холецистита (холецисто-кардиальный синдром, неврологический синдром).

При всех формах хронического холецистита отмечается плохая переносимость жирной, жареной и острой пищи, газированных напитков, алкоголя.

Болевой синдром – основной в клинике хронического холецистита. Боль обычно локализуется в правом подреберье и подложечной области. Она имеет тупой, ноющий, давящий характер. Иногда больного беспокоит только чувство тяжести в правом подреберье, усиливающееся после погрешностей в диете. Острые, интенсивные боли – схваткообразные, режущие – возникают редко. Интенсивность и характер болевых ощущений в значительной степени зависят от преобладающего типа дискинезии желчного пузыря и сфинктерного аппарата внепечёночных желчных

Хронический некалькулёзный холецистит

путей (Я.Циммерман, 2006; Т.Полунина, Е.Полунина, 2004).

Возникновение боли в правом подреберье при хроническом холецистите обычно связано с нарушением диеты (употребление жирных и жареных блюд, острых закусок, вина и пива, газированных напитков), может возникать при значительной физической нагрузке (подъём тяжести), психоэмоциональном стрессе, сопутствующей инфекции. Иррадиация боли направлена вправо, вверх и назад (в правую лопатку, в правую половину грудной клетки, в правое плечо и предплечье).

Интенсивность боли зависит от степени стенозирования и локализации воспалительного процесса, наличия и типа дискинезии. Интенсивная приступообразная боль характерна для воспалительного процесса в шейке и протоке желчного пузыря, постоянная – для поражения тела и дна пузыря. При атипичном расположении желчного пузыря боль может локализоваться в эпигастрии, у мечевидного отростка, вокруг пупка, в правой подвздошной области. При пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье, определяются положительные болевые симптомы холецистита (Керра, Мерфи, Василенко, Грекова – Ортнера и др.).

Диспепсический синдром – при хроническом холецистите проявляется: снижением аппетита, тошнотой (поташивание), рвотой, не приносящей облегчения, ощущением горечи во рту, воздушной или горькой отрыжкой, запорами. Больные хроническим холециститом психоэмоционально неустойчивы.

При лёгкой форме болевой синдром выражен не резко, обострения случаются 1-2 раза в год, продолжаются не более 2-3 недель. Боль локализуется в правом подреберье, монотонна, возникает через 1-3 часа после приёма обильной, особенно жирной и жареной пищи. Боль иррадирует в правое плечо и правую лопатку. Диспепсические явления отсутствуют, температура в пределах нормы. Боль чаще проходит самостоятельно. При лёгкой форме хронического холецистита больные часто не замечают своего заболевания. УЗИ органов брюшной полости позволяет выявить у таких больных наличие хронического бескаменного или калькулёзного холецистита.

При холецистите средней степени тяжести обострения наступают 3-4 раза в год и являются более продолжительными. Приступы желчных колик могут наступать до 5-6 раз в течение года. Боль может быть интенсивной, с типичной иррадиацией. Она возникает при малейшей погрешности в диете, физическом и эмоциональном перенапряжении. Больного часто беспокоит тошнота, на высоте болевого приступа бывает рвота пищей или желчью. Может беспокоить метеоризм, отмечается чередование поносов и запоров. Работоспособность снижается, больной становится раздражительным, страдает от бессонницы. Температура тела субфебрильная.

При холецистите с тяжёлым течением обострения заболевания наблюдаются 5 и более раз в году. Болевой синдром и диспепсические явления резко выражены.

Во время обострения часто повышается температура. Могут развиваться осложнения, такие как перихолецистит, холангит, гнойно-деструктивное воспаление желчного пузыря. Следует отметить, что тяжёлое течение чаще наблюдается при калькулёзном холецистите.

Для больных хроническим холециститом характерны жалобы на боли в правом подреберье, иногда в эпигастриальной области, которые связаны с погрешностями в диете (употребление жирной пищи, острых приправ). Боль или ощущение тяжести в правом подреберье сочетаются с диспепсическими жалобами – отрыжкой, тошнотой, вздутием живота. Больной жалуется на горечь и сухость во рту, общую слабость.

При вялотекущей форме хронического холецистита на первый план выступают диспепсические жалобы. Больного беспокоит чувство тяжести в эпигастрии и правом подреберье, мучают изжога и метеоризм. Отмечаются постоянные,

монотонные, ноющие тупые боли в правом подреберье и эпигастриальной области, иррадирующие в спину и правую лопатку. Боль может сочетаться с диспепсическими жалобами (на изжогу, тошноту, отрыжку пищей и воздухом, метеоризм).

У некоторых больных отмечаются явления дисфункции сфинктера большого дуоденального соска.

Обострение наступает после употребления острой, жареной и жирной пищи, подъёма тяжестей, тряской езды. Характерным является неустойчивый стул – поносы чередуются с запорами.

Воспалительно-интоксикационный синдром – при обострении хронического холецистита периодически наблюдаются субфебрилитет, выраженная потливость, слабость, не связанные с простудными заболеваниями.

Сильный озноб, лихорадка всегда являются следствием гнойного воспаления желчного пузыря, абсцесса печени. Следует помнить, что у лиц пожилого возраста и ослабленных больных температура тела даже при гнойном холецистите может быть субфебрильной или даже нормальной вследствие пониженной реактивности.

При развитии перихолецистита клиническая симптоматика заболевания расширяется. Болевой синдром становится более выраженным, что обусловлено вовлечением в патологический процесс органов, окружающих желчный пузырь. Для перихолецистита характерна боль, усиливающаяся при движении. При вовлечении в процесс поджелудочной железы боль может приобретать опоясывающий характер и иррадиировать в левую половину грудной клетки.

Для хронической рецидивирующей формы характерны периодические обострения заболевания, которые могут быть частыми или редкими. Приступы бывают спонтанными, но иногда больной связывает их возникновение с физическим напряжением, эмоциональным стрессом, погрешностями в питании (А.Ильченко, 2004; Т.Полунина, Е.Полунина, 2004; В.Ардатова, 2007). При этом появляются острые, пронзающие боли в правом подреберье или в эпигастриальной области, схожие с таковыми при желчной колике. Боль иррадирует в спину и правую лопатку. Длительность болевого приступа составляет от нескольких минут до нескольких суток. Провоцирующими факторами обычно бывают погрешности в диете, психоэмоциональная и физическая нагрузки. Одновременно с болевым приступом начинаются тошнота и рвота с примесью желчи в рвотных массах. Температура тела может повышаться, сопровождаются ознобами, что наблюдается у больных с выраженным воспалительным процессом в желчном пузыре. Присоединяются явления интоксикации, диспепсические расстройства.

Желтуха является редким проявлением хронического холецистита и связана с затруднением оттока желчи из-за скопления слизи, эпителия или паразитов в общем желчном протоке или развившемся холангите.

Атипичные клинические маски

Атипичные клинические маски хронического холецистита многообразны по своим клиническим проявлениям и могут стимулировать различные заболевания. Наиболее часто и более полно изучены: холецисто-кардиальный синдром, неврологические маски и др.

Синдром холецисто-кардиальный, симптом Боткина (впервые описан С.П.Боткиным). Кардиологическая форма хронического холецистита (синдром холецисто-кардиальный) – это комплекс клинических симптомов, проявляющийся болями в области сердца (кардиалгией), метаболическими расстройствами в миокарде с нарушениями ритма и проводимости, учащением ритма, одышкой, ухудшением коронарного кровообращения в результате рефлекторных и инфекционно-токсических воздействий на миокард. Холецисто-кардиальный синдром встречается в 25-57% случаев. Он может регистрироваться как при

остром холецистите, так и при обострении хронического. При этом боль из правого подреберья распространяется на область сердца и может имитировать приступ стенокардии или даже инфаркт миокарда.

При рефлекторной стенокардии у больных хроническим холециститом боль в области сердца и за грудной может иметь колющий, давящий, схваткообразный или сжимающий характер с иррадиацией в левую лопатку и левое плечо. Её возникновение обычно совпадает по времени с болевым приступом в правом подреберье, но иногда может быть и единственным проявлением хронического холецистита. Иррадиация боли и рефлекторное влияние на коронарные сосуды патогенетически связаны. Общими являются биохимические сдвиги в крови, обусловленные интоксикацией, гипокалиемией, нарушением углеводного и других видов обмена.

Отмечаются тахикардия, экстрасистолия, повышение пульсового и венозного давления. Эти симптомы предшествуют желчной колике или сопровождают её. На ЭКГ регистрируются признаки диффузных изменений миокарда, смещение интервала ST ниже изолинии, изменение зубца T.

Тиреотоксические маски. В клинической картине при отсутствии типичных симптомов хронического холецистита доминируют жалобы на раздражительность, чрезмерную потливость, сердцебиение. При объективном обследовании определяются дрожание пальцев рук, тахикардия, субфебрилитет, эрекция – незначительное увеличение щитовидной железы (Я.Циммерман, 2006).

Невротические маски. В клинической картине превалирует невротически-неврозоподобный синдром, который проявляется бессонницей, головокружением, головными болями, ощущением «дурноты», развивающимися на фоне невротизации личности больного.

Аллергическая маска хронического холецистита проявляется такими симптомами, как крапивница, отёк Квинке. В анамнезе отмечаются пищевая и лекарственная аллергия, при анализе крови выявляется эозинофилия.

При объективном исследовании у некоторых больных хроническим холециститом можно выявить иктеричность склер. Пальпация живота определяет болезненность в правом подреберье.

Соляная маска при хроническом холецистите проявляется солярагическим синдромом. Характерны появления абдоминальных болей в области пупка с иррадиацией в спину, так называемого соляного гвоздя и диспепсических проявлений.

Предменструальный синдром, или синдром предменструального напряжения – является одной из частых клинических масок хронического холецистита. Представляет собой комплекс физикальных и психопатологических симптомов, который развивается при хроническом холецистите. Протекает с симптомами общего недомогания, упорной головной болью, неустойчивостью настроения, иногда с кожным зудом, наблюдается уплотнение молочных желёз.

Одновременно происходит нарастание симптомов хронического холецистита. Однако уже через 1-2 дня после начала менструации все эти проявления бесследно исчезают.

В период обострения хронического холецистита можно обнаружить пальпаторную болезненность в зоне Шоффара, точке желчного пузыря. Часто имеется ряд положительных желчепузырных симптомов, характерных для обострения хронического холецистита: симптом Кера, Мерфи, Боаса, Мюсси, Йонаша, Лапине и др.

Осложнения. При обострении хронического холецистита, вызванном активацией бактериальной инфекции, в желчном пузыре формируется реактивный гепатит, проявляющийся умеренной гипербилирубинемией, повышением активности печёночных ферментов.

Обострение хронического холецистита с последующим распространением инфекции по желчным ходам может приводить к возникновению хронического холангита – воспаления внутри- и внепечёночных желчных протоков, проявляющегося постоянной иктеричностью склер, зудом кожных покровов. В результате хронического воспаления может сформироваться стриктура протока большого дуоденального соска (А.Литвяков, 2007).

В результате воспалительно-склеротического процесса нарушается секреция слизи эпителиальными клетками слизистой оболочки желчного пузыря, что приводит к дестабилизации коллоидного состояния сгущённой пузырной желчи, созданию условий для появления желчных конкрементов.

Билиарная недостаточность при хроническом некалькулёзном холецистите

Несомненно, изучение проблемы билиарной недостаточности при хроническом некалькулёзном холецистите позволит более полно объяснить вопросы патогенеза заболеваний печени и желчевыводящих путей.

Хронический некалькулёзный холецистит следует рассматривать не как «невинную» болезнь, а как заболевание, часто чреватое опасностью перехода в более тяжёлые состояния – развитие камнеобразования и вовлечение в процесс соседних органов.

Степень тяжести билиарной недостаточности определялась на основании комплексного обследования пациентов, включающего тщательный анамнез, выявление сопутствующих заболеваний, анализ данных лабораторного биохимического обследования, изучения ультразвуковой, эндоскопической и рентгенологической картины, а также данных этапного хромотического дуоденального зондирования с изучением физколлоидных свойств желчи и её микроскопической картины.

К сожалению, клинические данные билиарной недостаточности у больных хроническим некалькулёзным холециститом нивелируются основным заболеванием.

Результаты этапного хромотического дуоденального зондирования (ЭХДЗ) и последующего биохимического исследования полученной желчи указывают на преобладание гиперсекреторного типа желчеотделения у 60% больных, уменьшение объёма базальной желчи наблюдалось у 29%, у остальных больных холерез I этапа был в норме – 12%. Отмечались признаки выраженных дискинетических расстройств (II этап): у 57,1% пациентов выявлена гипотония сфинктера Одди, которую, по-видимому, можно трактовать как вторичную на фоне гиперсекреторного типа желчеотделения и увеличения объёма пузырной желчи. Это, несомненно, сказалось на повышении давления в дистальном отделе холедоха, снижении запирающей силы сфинктера Одди и, как следствие, его гипотонии. У 16,6% больных был отмечен гипертонус сфинктера Одди и у 26,2% его функция была не нарушена.

В работе сфинктера Люткенса (III этап) также были выявлены значительные нарушения. Его гипертоническое состояние констатировано в 50% случаев, гипотония – в 33,3% и у 16,6% больных его тонус был не изменён.

IV этап ЭХДЗ характеризовался уменьшением объёма пузырной желчи у большинства больных – 66,6%. Сократительная функция желчного пузыря, характеризующаяся напряжением желчеотделения, была повышена у 54,8%, что, несомненно, указывает на его гиперкинетическую дискинезию.

Этап печёночной секреции (V этап) носил гиперсекреторный характер с достовер-

ным увеличением объёма выделившейся желчи и напряжения желчеотделения у 45,2% обследованных. Гипосекретия выявлена в 23,8% случаев, в остальных случаях желчеотделение носило нормосекреторный характер – 35,7%.

По данными ЭХДЗ, у больных хроническим некалькулёзным холециститом выявлены различные формы дискинетических расстройств, в основном преобладали гиперсекреторный тип желчеотделения (подтверждённый результатами I и V этапов), гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря и диссинергизм сфинктерного аппарата билиарного тракта.

Подобные проявления расстройства желчеобразования и желчеотделения, несомненно, могут привести к прогрессированию основного процесса, усугублению имеющейся билиарной недостаточности, формированию холелитиаза и вовлечению в патологический процесс органов панкреато-дуоденальной зоны.

При биохимическом исследовании полученных порций желчи по концентрации и дебиту основных компонентов выявлена связь между интенсивностью воспалительного процесса в желчном пузыре и степенью биохимических изменений желчи.

У больных хроническим некалькулёзным холециститом выявлено значительное изменение биохимического состава пузырной желчи. Снижение концентрации желчьей кислоты отмечено у 83,3% больных, повышение концентрации холестерина – у 71,4%, у остальных он был незначительно снижен либо оставался в пределах нормы.

Холато-холестериновый коэффициент был снижен почти у всех – 93% больных, что явно свидетельствует о повышенной литогенности желчи. Это подтверждается

концентрации холестерина. Концентрация билирубина, кальция и содержание сиаловых кислот оставались в пределах нормы.

Результаты определения суммарного дебита желчи и её компонентов после введения раздражителя (стимулированная секреция) представлен в таблице 2.

Установлено достоверное снижение суммарного дебита желчьей кислоты в 80,9% случаев, отмечен также достоверно низкий уровень холато-холестеринового коэффициента, фосфолипидов и значения фосфолипидно-холестеринового коэффициента. Всё это в совокупности с характерными жалобами больных и обуславливает синдром билиарной недостаточности, который в данной группе больных составил 81%.

Таким образом, у больных, страдающих хроническим некалькулёзным холециститом, выявлена чёткая закономерность: в пузырной желчи снижена концентрация желчьей кислоты, холестерина и фосфолипидов; содержание билирубина и кальция имеет тенденцию к увеличению, зависящее от степени гипотонической дискинезии желчного пузыря. В целом у этих больных имеются выраженные изменения холесекреции и моторной функции билиарного тракта. Преобладает гиперсекреторный тип желчеотделения с гипохолемией, выражена дискинезия сфинктерного аппарата билиарного тракта, пузырная и печёночная желчь имеют литогенный характер (В.Максимов, 1980, 1984; Л.Валенкевич, 1987; А.Чернышёв, К.Тарасов, 2001; В.Максимов и соавт., 2008).

Выявленные нарушения билиарной недостаточности требуют проведения целого комплекса лечебных мероприятий, направленных на прекращение прогрес-

Показатели биохимического анализа крови в период ремиссии также в норме. При обострении повышается содержание билирубина, увеличивается активность трансаминаз (АсАТ, АлАТ) и щелочной фосфатазы (последнее указывает на развитие холестаза).

Инструментальное обследование. При эндоскопическом обследовании больного можно выявить отёк и гиперемии слизистой оболочки большого дуоденального соска.

УЗИ желчевыводящей системы является основным диагностическим методом при выявлении камней желчного пузыря и желчевыводящих путей. Одновременно исследуют печень и поджелудочную железу. При УЗИ можно выявить деформацию желчного пузыря, утолщение и уплотнение его стенок и их тонус, обнаружить слой желчного осадка на его дне, наличие в полости пузыря конкрементов. При выраженном обострении определяется значительное утолщение и нечёткость контуров стенки желчного пузыря, вызванных воспалительным отёком субсерозной клетчатки. Исследуют диаметр общего желчного протока (в норме 0,8 см и менее). Определяют, имеется ли блокада желчного пузыря.

Для решения вопроса о тактике лечения хронического холецистита необходимо иметь данные о состоянии желчного пузыря, общего желчного протока, печени, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки. При отсутствии однозначного ответа проводят ЭРХПГ, которая позволяет чётко визуализировать общий желчный проток, мелкие протоки и неблокированный желчный пузырь, дифференцировать внутрипечёночный и подпечёночный холестаз. При сомнительных данных показана чрескожная холангиография, особенно при подозрении на подпечёночную желтуху.

Рентгенологическое исследование: обзорная рентгенография органов брюшной полости проводится при подозрении на перфорацию желчного пузыря, для исключения калькулёзного холецистита или обызвествления пузыря. Проводится ЭКГ.

Лечение

Хирургическое лечение при хроническом бескаменном холецистите, как правило, не показано. Рекомендуются консервативное лечение.

В то же время больным с калькулёзным холециститом, если он протекает с желчными коликами, показано хирургическое лечение. Холецистэктомия позволяет устранить риск механической желтухи, избежать острого панкреатита, вторичного билиарного цирроза печени, опухолевого поражения желчного пузыря. В настоящее время лучшим хирургическим методом лечения калькулёзного холецистита является лапароскопическая холецистэктомия.

Основными целями лечения хронического бескаменного холецистита является: купирование болевого синдрома и воспалительного процесса в желчном пузыре, коррекция пищеварительных, обменных нарушений, лечение осложнений и сопутствующих заболеваний.

Лечебное питание. В питании больных хроническим холециститом исключаются продукты, оказывающие раздражающее действие на печень: крепкие мясные бульоны, острые приправы, жареная пища, заправляются алкогольные напитки, тугоплавкие животные жиры (бараний, говяжий), яичные желтки. Полезна малокалорийная, преимущественно растительного происхождения пища. Назначается диета – печёночный стол, дробный режим питания – 5-6 раз в день. Диета должна способствовать предупреждению застоя желчи в желчном пузыре. Полезно применение растительных жиров (сливочное, подсолнечное масло), содержащих полиненасыщенные жирные кислоты, фосфолипиды, витамин Е. Полиненасыщенные жирные кислоты способствуют нормализации обмена холестерина, участвуют в синтезе простагландинов, разжижающих желчь, повышают сократительную функцию желчного пузыря. Растительные жиры особенно важны при застое желчи.

Кроме того, следует включать блюда, обогащённые пищевыми волокнами (пшеничные отруби, овсяные каши и др.), свежие фрукты и овощи негрубых сортов (тыква, морковь, яблоки, арбуз и др.). Овощи, фрукты, отруби способствуют отхождению желчи, уменьшают содержание в желчи холестерина, тем самым снижают вероятность образования камней.

(Окончание следует.)

Валерий МАКСИМОВ,
профессор.

Биохимический состав пузырной желчи у больных хроническим некалькулёзным холециститом (M ± m, ммоль/л) (В.А.Максимов и соавт., 2008)

Компоненты	Результат	Норма
Холевая кислота	13,2 ± 0,3*	19,48 ± 0,13
Холестерин	12,8 ± 0,2*	8,04 ± 0,72
Холато-холестериновый коэффициент	1,03 ± 0,07*	2,9 ± 0,2
Фосфолипиды	2,27 ± 0,3*	3,63 ± 0,41
Фосфолипидно-холестериновый коэффициент	0,17 ± 0,03*	0,34 ± 0,06
Билирубин	4,1 ± 0,5*	3,9 ± 0,38
Кальций	2,4 ± 0,1*	1,4 ± 0,05

* – достоверность

исследованиями концентрации фосфолипидов: их снижение выявлено в 68,7% случаев, что не могло отразиться на величине фосфолипидно-холестеринового коэффициента – он был достоверно снижен у 75% больных (см. табл. 1).

Достоверное снижение концентрации холевая кислоты было определено в 85,7% случаев, незначительное повышение концентрации холестерина не могло серьёзно повлиять на показатель холато-холестеринового коэффициента. Достоверное снижение холато-холестеринового коэффициента обусловлено в первую очередь пониженным уровнем холевая кислоты. Оно выявлялось у 92,8% пациентов.

Содержание фосфолипидов было незначительно увеличено по сравнению с нормой, однако фосфолипидно-холестериновый коэффициент находился в литогенном интервале за счёт повышенной

сирования хронического некалькулёзного холецистита.

Лабораторное и инструментальное исследования

Лабораторные исследования. Проводятся общий анализ крови и мочи, биохимический анализ (определяют содержание билирубина и его фракций, холестерина, активность трансаминаз – АсАТ и АлАТ, щелочной фосфатазы, а-амилазы, содержание серомукоида, фибрина, общего белка и его фракций).

Общий анализ крови в период ремиссии остаётся нормальным, в период обострения в периферической крови отмечается умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ.

Таблица 2

Суммарный дебит желчи и её компонентов, выделившихся в двенадцатиперстную кишку за 1 час после введения раздражителя, у больных хроническим некалькулёзным холециститом (M ± m, ммоль/л) (В.А.Максимов и соавт., 2008)

Компоненты	Результат	Норма
Желчь	95 ± 7	104 ± 7
Холевая кислота	0,82 ± 0,08*	1,407 ± 0,155
Холестерин	0,74 ± 0,06	0,64 ± 0,09
Холато-холестериновый коэффициент	1,1 ± 0,15*	2,53 ± 0,17
Фосфолипиды	0,14 ± 0,06*	0,23 ± 0,06
Фосфолипидно-холестериновый коэффициент	0,19 ± 0,01*	0,29 ± 0,04
Билирубин	0,256 ± 0,024	0,285 ± 0,025
Кальций	0,17 ± 0,03	0,138 ± 0,012

* – достоверность