

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

**“Затверджено”**  
на засіданні кафедри  
внутрішньої медицини №1  
**Завідувач кафедри**  
Професор Скрипник І.М.

\_\_\_\_\_  
Протокол № 2 від 15.09.2016 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Внутрішня медицина
<i>Модуль</i>	Основи внутрішньої медицини
<i>Змістовний модуль</i>	Основи діагностики, лікування та профілактики хвороб органів травлення
<i>Тема заняття</i>	<b>Хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення. Жовчнокам'яна хвороба.</b>
<i>Курс</i>	IV
<i>Факультет</i>	Медичний №1,2

### 1. Актуальність теми:

Захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів- надзвичайно поширена патологія внутрішніх органів, яка в тому чи іншому вигляді (жовчно-кам'яна хвороба, хронічні холециститу, холангіти та ін.) виявляється у 10-15% населення розвинутих країн. Частіше хворіють жінки у віці після 40 років, схильні до переїдання та вести сидячий спосіб життя, після вагітності.

### 2. Конкретні цілі:

Студент повинен:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травлення;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що застосовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- виявляти типову клінічну картину захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- скласти план обстеження хворих при захворюваннях жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях системи травлення на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при захворюваннях жовчовивідної системи;
- діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах при захворюваннях жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

### 3.Базові знання:

- а) курс анатомії- анатомія гепатобіліарної системи;
- б) курс фізіології- фізіологія і функції жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- в) курс патанатомії- патоморфологічні зміни в жовчному міхурі при холециститі, ЖКХ, холангіті та дискінезіях жовчовивідних шляхів;
- г) курс рентгенології - роль контрастної рентгенографії в діагностиці холециститу, ЖКХ, дискінезіях;
- д) хірургія- показання до хірургічного лікування ЖКХ.

### 4. Завдання для самостійної роботи

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Термін	Визначення
Холецистит	Гостре або хронічне запалення жовчного міхура
Хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ)	Запальне захворювання, що вражає стінки жовчного міхура (жм), переважно в ділянці шийки і перебігає з функціональними порушеннями його мускулатури, сфінктерного апарату, циркуляції жовчі, а також змінами її фізико-хімічних властивостей, біохімічної структури

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ)	Обмінне захворювання гепатобіліарної системи, яке характеризується утворенням каменів в жовчному міхурі або жовчних протоках
Дискінезія жовчовивідних шляхів (ДЖШ)	Це порушення нормальної моторики жовчного міхура та жовчних протоків. За відсутності органічних змін жовчного міхура та поза печінкових жовчних шляхів - порвинна дискінезія. Якщо виникає на тлі органічних захворювань - вторинна
Холангіт	Це запальне захворювання жовчних шляхів
Постхолецистектомічний синдром (ПХЕС)	Ссимптомокомплекс, який об'єднує різні патологічні стани та пов'язані з ними клінічні прояви у пацієнтів після холецистектомії.

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Жовчнокам'яна хвороба. Визначення. Етіологія, патогенез. Роль інструментальних методів в діагностиці. Лікування. Показання до хірургічного втручання.

2. Хронічний холецистит. Визначення. Етіологія, патогенез. Діагностика. Диференціальний діагноз. Лікування.

3. Функціональні біліарні порушення. Визначення. Етіологія, патогенез. Діагностика. Лікування.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

-з'ясування скарг хворого, анамнезу захворювання, проведення опитування за системами;

-проведення огляду, пальпації, аускультації хворого;

-опанування навичками трактування даних ендоскопічного дослідження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;

-опанування навичками рентгенологічного обстеження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;

-опанування навичками проведення дуоденального зондування і трактування даних мікробіологічного і біохімічного дослідження жовчі.

#### 5. Зміст теми:

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) – це захворювання гепатобіліарної системи, обумовлене порушенням обміну холестерину та (або) білірубину, яке характеризується утворенням каменів в жовчному міхурі і (або) жовчних протоках. Розрізняють 3 основних види каменів: холестеринові, пігментні та змішані.

##### *Типи жовчних каменів*

1. Холестеринові камені (первинно утворюються в ЖМ)-80-90%
2. Чорні пігментні камені (первинно утворюються в ЖМ) -10-20%
3. Коричневі пігментні камені, що складаються з билирубінату кальцію (10-20% каменів жовчних протоків; їх частота може значно коливатися)
4. Всі камені ЖМ можуть об'єднуватися- змішані камені)

##### ***Етіологія хронічного холециститу і ЖКХ:***

- алергени, зокрема харчові;
- вірусний гепатит;
- гастрит з секреторною недостатністю;
- хронічний панкреатит, коліт, ожиріння;
- порушення обміну речовин;
- інфікування кишковою паличкою та ін.;
- застій жовчі;

-наявність конкрементів.

#### **Патогенез:**

-висхідний шлях ураження (ентерогенний) - бактерії розповсюджуються з нижнього відділу жовчної протоки у напрямку до печінки;

-низхідний (гематогенний) - поширення інфекції по кровоносному руслі з віддалених ділянок, частіше з мигдаликів;

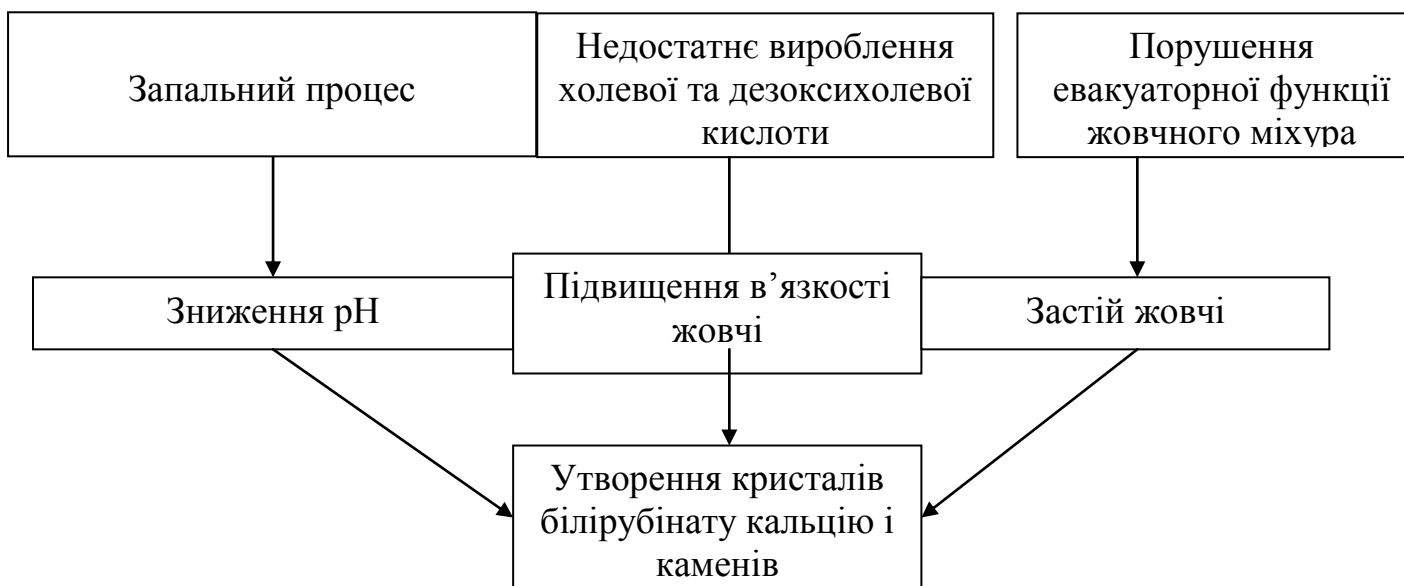
-лімфогенний - розповсюдження інфекції, особливо при наявності перихолециститу з інфікуванням жовчного міхура, через запалення апендикса;

-дуоденобіліарний рефлюкс;

-дуоденопанкреатична регургітація.

Жовч печінки – це пігментована ізотонічна рідина, яка за своїм складом нагадує плазму. До найважливіших компонентів жовчі відносяться вода (82%), жовчні кислоти (12%), лецитин та інші фосфоліпіди (4%), неестерифікований холестерин (0,7%). До інших складових належать кон'югований білірубін, протеїни, електроліти, слиз, а нерідко - лікарські речовини і продукти їх метаболізму. Щодня секретується 500-600 мл печінкової жовчі.

#### Механізм утворення каменів



Найважливіший і, мабуть, перший механізм утворення літогенної (камнеутворюючої) жовчі – це підвищена секреція холестерину в жовчі, що може відбуватися на тлі ожиріння, висококалорійної дієти, прийому лікарських препаратів (клофібрат), на тлі підвищення активності ГМГ-КоА-редуктази, що обмежує швидкість синтезу холестерину у печінці, а також в результаті зниження секреції печінкою жовчних солей і фосфоліпідів (резекція тонкої кишки, хвороба Крона). Другий етап каменеутворення – кристалізація перенасиченої жовчі холестерином, чому сприяє муциновий глікопротеїн, що міститься в слизу, який виділяється слизовою жовчного міхура. Крім цього, важливу роль відіграють моторні порушення (застій жовчі)

Таким чином, основними патогенетичними моментами каменеутворення є перенасичення жовчі в міхурі холестерином, зниження її колоїдної стійкості внаслідок зменшення вмісту жовчних кислот, гіпомоторна дисфункція ЖМ, що сприяє застою жовчі, утворення центрів нуклеації холестерину з подальшою його кристалізацією і поступовою трансформацією в мікро- і макроліти.

#### **Основні симптоми і синдроми при захворюваннях жовчного міхура і жовчовивідних шляхів:**

- *больовий синдром* - поява болю в точці проекції жовчного міхура або правому підребер'ї, який посилюється після вживання жирної, жареної, гострої їжі і при фізичному перевантаженні. Його виникнення пов'язане з запаленням у стінці жовчного міхура (гострий і хронічний холецистит) або механічним подразненням каменем слизової і перерозтягненням стінки за рахунок підвищеного внутрішньоміхурового тиску при жовчнокам'яній хворобі;

-*диспептичний синдром*. Виникнення його пов'язане з вісцеровісцеральними рефlekсами при ураженні інших органів (шлунка, підшлункової залози, кишечника). Характеризується нудотою, блюванням, яке не приносить полегшення, гіркотою в роті (за рахунок закидання жовчі в шлунок), закрепами або проносами, відрижкою;

-*астеновегетативний синдром*-як результат ураження вегетативної нервової системи (загальна слабкість, безсоння, дратівливість);

-*синдром інтоксикації*, пов'язаний із запально-деструктивними змінами в жовчному міхурі (підвищення температури, лихоманка, загальна слабкість, анемія, нездужання);

-*жовтяниця*, зумовлена порушенням відтоку жовчі через перешкоди (камені, стриктури, пухлини);

-*кардіальний синдром*, пов'язаний з іррадіацією болю, рефлекторним впливом на коронарні судини, біохімічними порушеннями в крові (інтоксикація, гіпоглікемія, порушення ферментного та вуглеводного обміну). Характеризується тахікардією, збільшенням пульсового і венозного тиску, порушенням коронарного кровообігу і серцевого ритму. Спостерігається при хронічному холециститі і ЖКХ;

-*синдром передменструальної напруги*. Виникає у жінок, виявляється загостренням захворювання в другу фазу менструального циклу;

-*симптом Ортнера* - болючість під час стукання по краю правої реберної дуги;

-*симптом Кера* - виникнення або збільшення болю під час глибокої пальпації на висоті вдиху в міхуровій точці (точка перехрестя реберної дуги з правим краєм прямого м'яза живота);

-*френікус-симптом* (Мюссі-Георгієвського) - болючість при натискуванні між ніжками правого грудинно-ключично-сосцеподібного м'яза;

-*симптом Курвуазьє* - у випадку водянки жовчного міхура.

**Клінічні прояви ЖКХ** залежать від розташування жовчних каменів, їх розмірів, активності запалення, функціонального стану жовчовидільної системи, а також від ураження інших органів травлення. Камінь, який потрапив у шийку жовчного міхура, обтурає його вихід і тим самим викликає печінкову кольку. Якщо величина каменю до 0,5 см, то він може потрапити в дванадцятипалу кишку, з'явитися в калі, зупинитися в загальній жовчній протоці, спричинивши повну або переміжну обтурацію (вентильний камінь). Жовч при цьому завжди виявляється інфікованою, і холелітіаз супроводжується запаленням (холедохіт, холангіт).

*Гострий холецистит* (ГХ), як правило, виникає тоді, коли камінь потрапляє в міхурову протоку, що призводить до набряку стінки жовчного міхура з крововиливами в підслизову оболонку з її ушкодженням. ГХ проявляється постійним сильним болем у правому верхньому квадранті живота, лихоманкою, лейкоцитозом, позитивним симптомом Мерфі.

*Безкамінний ГХ* виникає вторинно при сальмонельозі, сепсисі, травмі.

*Хронічний калькульозний холецистит* (ХКХ) характеризується рецидивуючими нападами жовчної кольки в правому підребер'ї. Виникає раптово, частіше після їжі, супроводжується субфебрильною температурою, нудотою, часом блюванням. Біль посилюється при рухах, глибокому диханні. У жінок колька часом співпадає з менструацією або виникає після пологів. Біль віддає в попереk, ділянку серця, симулює напад стенокардії.

*Камені загальної жовчної протоки* (холедохолітіаз) проявляються болями і жовтяницею. Холедохолітіаз виникає при проходженні жовчного каменю із міхура в загальну протоку. Симптоми часто інтермітуючі, представлені лихоманкою, ознобом і жовтяницею з характерним підвищенням лужної фосфатази і трансамінази в сироватці крові.

*Холангіт* характеризується болями в верхній половині живота, частіше справа, жовтяницею, лихоманкою, нерідко ознобами. Частіше пов'язаний з підпечінковим холестазом при калькульозній обструкції магістральної жовчної протоки. При короткочасному порушенні відтоку жовчі, що неодноразово повторюється, розвивається хронічний холангіт, при якому після нападу жовчної кольки виникає легкий озноб із підвищенням температури, сеча набуває темного кольору, часом приєднується жовтяниця. При обстеженні в крові знаходять нейтрофільний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, гіпербілірубінемію, короткочасне збільшення лужної фосфатази.

*Гангрена жовчного міхура та емпієма* проявляються сепсисом, тяжким станом хворого з симптомами перитоніту. Гангрена - гнилісне запалення жовчного міхура, емпієма - гостре гнійне запалення, характеризуються інтоксикацією і високим ризиком перфорації.

*Емфізематозний холецистит* розвивається під впливом метаболітів газоутворюючих бактерій (часто клостридій або стрептококів) у простінку і стінці жовчного міхура.

*Холангіокарциному* можна запідозрити, якщо спостерігається зниження маси тіла, постійний біль, жовтяниця у пацієнтів, які довго хворіли хронічним калькульозним холециститом.

*Хронічний безкамінний холецистит (ХБХ):* при наявності клініки хронічного холециститу необхідно виключити паразитарні інвазії (опісторхоз, стронгілоїдоз, лямбліоз, фасцильоз), а також ЖКХ. ХБХ може викликатися умовно-патогенною флорою (ешерихією, стрептококом, ентерококом). Мікроби потрапляють у жовчний міхур, спричиняють застій у ньому жовчі (дискінезії жовчного міхура), зміну її хімічного складу. Клінічна картина характеризується довготривалим і прогресуючим перебігом з періодичними загостреннями. Провідний симптом - біль ниючого характеру, який виникає після прийому жирної їжі, яєць, холодних газованих напоїв, вина, пива, гострих страв, локалізується в правому підребер'ї і триває впродовж багатьох годин, днів, часом тижнів. Біль поєднується з нудотою, відрижкою, здуттям живота,

порушенням стільця - чергування запорів та проносів, гіркотою в роті вранці, підвищенням температури, позитивним симптомом Мерфі, Ортнера, Кера.

Інструментальні ознаки: виявлення при УЗД: потовщення стінки ЖМ більше 4 мм (основний діагностичний УЗ-критерій), застій і згущення жовчі, його деформація, виявлення ознак запалення при мікроскопії і посіві жовчі (під час дуоденального зондування)

### **ДИФЕРЕНЦІАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧНОГО МІХУРА**

Ознаки	Дискінезія	Хронічний холецистит	
		безкамінний	калькульозний
Початок захворюва	Частіше гострий	Поступовий	Гострий
Біль	Нападopodobний	Частіше постійний	Нападopodobний
Випорожнення	Зміна проносу закрепом	Схильність до закрепів	Схильність до закрепів
Жовтяниця	Відсутня	Інколи	Періодична після нападу
Маса тіла	Нормальна	Нормальна	Часто збільшена
Біль у правому підребер'ї	Непостійний	Постійна гіперестезія	Виразений, визначається резистентність передньої черевної стінки
Температура тіла	Нормальна	Може бути субфебрильна	Нормальна
Лейкоцитоз, збільшення ШОЕ	Відсутні	За значного загострення, поза рецидивом - норма ШОЕ, можлива лейкопенія	Можливі на тлі нападу
Уробілін у сечі	Без відхилень від норми	Нестійка уробілінурія	Іноді збільшення

Білірубін у сечі	Відсутній	Виявляється відсутній	Виявляється
Склад жовчі	Нормальний, у разі гіпотонії жовчного міхура - збільшення ліпідного комплексу	Ознаки запалення: епітеліальні клітини, зниження ліпідного комплексу, збільшення вмісту білків, у разі загострення - наявність С-реактивного протеїну, збільшення мукоїдних речовин	Ознаки запалення: збільшення холестерину, зниження білірубіну, хола-то-холестеринового індексу, пісок
Рівень холестерину в крові	Нормальний	Нормальний	Часто збільшений
Активність лужної фосфатази	Нормальна	Нормальна	Підвищена
Рівень білірубіну в крові	Нормальний	Нормальний або дещо підвищений (непрямий)	Підвищується після нападу (переважно прямий)
Концентраційна функція жовчного міхура (хромато-діагностичне дослідження)	Нормальна	Знижена	Підвищена
Рентгендослідження	Без змін, іноді порушення функції	Порушення функції, часто збільшення розмірів, деформація	Наявність каменів

### Ультразвукові критерії запалення в ЖМ

1. Товщина стінки ЖМ більше 4 мм у осіб без патології печінки, нирок, серцевої недостатності
2. Припущення висловлюється при товщині стінки ЖМ більше 5 мм
3. Наявність сонографічного симптому Мерфі
4. Збільшення розмірів ЖМ більш ніж на 5 см від норми для даного віку
5. Наявність тіні від стінок ЖМ
6. Наявність паравезикального ехонегативного обідка (набряк стінки ЖМ)

## Функціональні порушення біліарного тракту

МКХ-Х

К 82.8 Дискінезії жовчного міхура і протоки міхура

К 83.4 Спазм сфінктера Одді

Функціональні порушення біліарного тракту - це комплекс клінічних симптомів, які розвиваються в результаті моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура і / або сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів (ЖВШ).

Незалежно від етіології виділяють 2 типа дисфункції: дисфункцію жовчного міхура (ЖМ) і дисфункцію сфінктера Одді.

ДЖМ це порушення скоротливої функції ЖМ, яке проявляється болем біліарного типу: ( гіперкінетична і гіпокінетична)

ДСО-функціональний біліарний розлад, обумовлений порушенням його скорочувальної функції, який заважає нормальному відтоку жовчі і панкреатичного секрету в 12 палу кишку при відсутності органічної патології.

Виділяють біліарний тип дисфункції сфінктера Одді (3-х) типів і панкреатичний тип дисфункції сфінктера Одді.

**Дискінезія жовчовивідних шляхів** - це безладні, несвоєчасні, недостатні чи надмірні скорочення жовчного міхура і сфінктерів Одді, Люткенса, Мартинова, Міріцці. За відсутності органічних змін жовчного міхура та позапечінкових жовчних шляхів - первинна дискінезія. Якщо вона виникає на тлі органічних захворювань - вторинна.

Виникнення первинної дискінезії спричиняється порушенням функції центральної та вегетативної нервової системи (неврози, гіпоталамічні розлади), ендокринними розладами (недостатня продукція тиреоїдину, кортикостероїдів, статевих гормонів), вісцеро-вісцеральними рефlekсами (при виразковій хворобі, дуоденіті, панкреатиті, хворобах хребта).

При гіпотонічній дискінезії жовчного міхура пацієнт часто скаржиться на тупий, ниючий біль у ділянці правого підребер'я, якому властива чітка іррадіація, гіркоту в роті, здуття живота. У хворих з гіпертонією жовчного міхура біль у правому підребер'ї інтенсивний, іноді носить характер кольок, іррадіює в праву лопатку, а іноді в ділянку серця, виникає раптово, супроводжується бурхливим вегетативним кризом (припливи крові, пітливість, тахікардія). Температура тіла, картина крові - нормальні. В таких випадках біль пов'язаний не з перерозтягненням жовчного міхура, а зі спазмом м'язів.

## ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДИСКІНЕЗІЇ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

Ознаки	Гіпертонічна форма дискінезії жовчних шляхів	Гіпотонічна форма дискінезії жовчних шляхів
Біль у правому підребер'ї	Короткочасний, раптовий, колькоподібний, гострий, з іррадіацією в праву лопатку або ділянку серця	Постійний, тупий, ниючий, без чіткої іррадіації, часто супроводжується нудотою, гірким присмаком у роті, поганим апетитом
Вазомоторний і нейровегетативний синдром	Спостерігається часто	Спостерігається рідко



Ефект дуоденального зондування	Негативний	Позитивний
Рефлекс Мельтцера-Лайона (виділення жовчі -порція В - після введення через зонд теплого жовчогінного засобу)	Друга фаза дуоденального зондування 6-16 хв., виділення міхурової порції жовчі стрімке, короткочасне (10-15 хв.), супроводжується болем	Друга фаза - 1-3 хв., виділення міхурової порції жовчі повільне (60 хв. і більше), нерідко після другого введення подразника
Місткість жовчного міхура	Не перевищує 15-20 см <sup>3</sup>	Досягає 100 см <sup>3</sup> і більше
Коефіцієнт спорожнення жовчного міхура (холестистограма)	30% і більше	20% і менше
Колір жовчі і дані мікроскопії	Без особливостей	Насиченого темного кольору, при мікроскопії - кристали холестерину, білірубіну і кальцію
Вміст білірубіну в порції В	Нормальний	Може бути підвищений
Годинний дебіт жовчних кислот	Нормальний	Може бути знижений

Холато-холестериновий індекс (відношення концентрації жовчних кислот до концентрації холестерину в порції В)	Нормальний (16-28)	Може бути знижений менше за 16 (цифри нижче 11 вказують на каменеутворювальні властивості жовчі)
Ефект холіноблокаторі в (атропін, платифілін і тепло)	Позитивно виражений	Негативний
Ефективні мінеральні води	З малою мінералізацією	З високою мінералізацією
Холецистокінетичні засоби (аллохол, ліобіл, ламінг, нікодин)	Нерідко негативний ефект	Позитивний ефект

**Постхолецистектомічний синдром (ПХЕС)** - комплекс патологічних процесів, пов'язаних із перенесеним раніше холециститом (гострим, калькульозним) та проведенням оперативним втручанням. Більшість симптомів пов'язана з моторними порушеннями. Основними ознаками ПХЕС є рецидивуючі колькоподібні болі в правому верхньому квадранті живота, непереносимість жирів, часто діарея, здуття живота. Причиною можуть бути: спазм сфінктера Одді, дискінезія позапечінкових жовчних проток і дванадцятипалої кишки, довга міхурова протока. У хворих часто має місце антральний гастрит, дуоденіт, дуоденогастральний рефлюкс та інші моторно-евакуаторні розлади (відчуття важкості і болю в епігастрії, нудота, гіркота в роті, метеоризм, нестійкі випорожнення).

**З метою диференціальної діагностики використовуються такі дослідження:**

- ультразвукове дослідження - найбільш ефективний метод виявлення каменів у жовчному міхурі чи обструкції загальної жовчної протоки, діагностики гострого і хронічного холециститу, для оцінки функції жовчного міхура;

- комп'ютерна томографія - особливо для виявлення каменів у загальній жовчній протоці, при підозрі на рак жовчного міхура;

- дослідження крові і біохімічне визначення рівня холестерину, жовчних кислот, фосфоліпідів, білірубину. При холедохолітіазі відзначається збільшення лужної фосфатази та гамма-глутамінтрансферази. Нейтрофільний лейкоцитоз характерний для гострого холециститу і холангіту;

-рентгенограма черевної порожнини - може допомогти виявити кальцифіковані камені в жовчному міхурі, жовчних протоках;

-холецистографія - для оцінки функції жовчного міхура;

-ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ) - для діагностики холестатичного синдрому, для лікування біліарної обструкції (доброякісні стриктури в зоні Фатерового соска, холедохолітиаз та ін.). Введення контрасту здійснюється ретроградно в загальну жовчну протоку, що контролюється рентгенологічно;

-інтраопераційна холангіографія - проводиться під час хірургічних маніпуляцій на жовчних шляхах і включає безпосереднє введення контрасту відповідні жовчні протоки. Обстеження проводиться при підозрі на наявність каменів у жовчних шляхах;

-внутрішньовенна холангіографія і проба бромсульфалейном - для оцінки стану екскреторної функції біліарної системи;

-дуоденальне зондування з бактеріологічним обстеженням жовчі. При багатомоментному фракційному зондуванні (5 фаз) діагностують різні види дискінезій жовчного міхура, ознаки запалення і підвищеної літогенності жовчі, виявлення бактеріальної флори;

-біохімічне дослідження рівня холестерину, жовчних кислот, фосфоліпідів, білірубину в жовчі.

*Діагноз хронічного некалькульозного холецистити формулюється з урахуванням:*

-характеру перебігу (часто рецидивуючий, постійний, переміжний (з періодами загострення));

-ступеня тяжкості (тяжкий, середньої тяжкості, легкий);

-фази загострення (загострення, ремісії);

-типу дискінезій (гіперкінезія, гіпокінезія жовчного міхура).

**КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ (В. А. Галкін, 1986)**

*За клінічними особливостями:*

1. З переважанням запального процесу.

2. З переважанням дискінезій.

3. З наявністю каменів (калькульозний).

*За перебігом:*

1. Часто рецидивуючий.

2. Постійний (монотонний перебіг).

3. Переміжний (з періодами загострення).

*Стадія захворювання:*

1. Загострення.

2. Ремісія (стійка, нестійка).

*За ступенем тяжкості:*

1. Легкий.

2. Середньої тяжкості.

3. Тяжкий.

**КЛАСИФІКАЦІЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ (МКХ-10)**

К 80 Ходелітиаз

К 80.0 Камені жовчного міхура з гострим холециститом

К 80.1 Камені жовчного міхура з хронічним холециститом

К 80.2 Камені жовчного міхура без холецистити (холециститолітиаз)

К 80.3 Камені жовчної протоки з холангітом

К 80.4 Камені жовчної протоки з холециститом

К 80.5 Камені жовчної протоки без холангіту і холецистити (холедохолітиаз)

**КЛАСИФІКАЦІЯ ДИСКІНЕЗІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ**

(А. П. Пелешук і співавт., 1995)

*За станом тонусу жовчного міхура:*

1. Гіпотонія жовчного міхура.

2. Гіпертонія жовчного міхура.

*За станом моторно-евакуаторної функції жовчного міхура:*

1. Гіпокінезія жовчного міхура.
2. Гіперкінезія жовчного міхура.

*За станом тонусу сфінктерного апарату:*

1. Гіпотонія сфінктера Одді.
2. Гіпертонія сфінктера Одді.
3. Гіпотонія сфінктера Люткенса.
4. Гіпертонія сфінктера Люткенса.
5. Гіпотонія сфінктера Міріцці.
6. Гіпертонія сфінктера Міріцці.
- 7.

### **Основні принципи лікування**

1. *Ліжковий режим* - забезпечує фізичний і психічний спокій.

2. *Дієтичне харчування* (стіл 5а, 5 за Певзнером), до 6 разів на добу. Виключаються висококалорійна і гіперхолестеринемічна, жирна, жарена, копчена їжа, прийом алкоголю, яєць, жирних сортів м'яса, риби, сала. Основу харчового режиму складають вуглеводи, рослинні білки (овочі, фрукти, нежирне молоко, сир).

3. *Антибактеріальна терапія:*

-антибіотики (еритроміцин 0,25 г 6 разів, доксицикліну гідро хлорид 0,05-0,01 г 2 рази, ампіциліну тригідрат 0,5 г 4 рази на добу, ципрофлоксацин 500 мгх2 раза в день в таблетках 5 днів);

- сульфаніламід (бісептол-480 2 таблетки 2 рази на добу);
- нітрофурани (фуразолідон 0,05 г 4 рази на добу).

4.

а) при гіпертонії жовчного міхура (холеретики):

- циквалон 0,1 г 4 рази до їжі;
- нікодин 0,5 г 4 рази за 30 хвилин до їжі;
- аллохол 1-2 таблетки 3 рази на день за 30 хвилин до їжі;

б) при гіпо- і атонії жовчного міхура (холекінетики):

- сульфат магнію 25% розчин 1 столова ложка 3 рази на день;
- сорбіт, ксиліт 10-20% розчин по 50 мл 3 рази на день за 30 хвилин до їжі;
- фламін 0,05 г 3 рази на день за 30 хвилин до їжі;
- холагогум 1 капсула 3 рази на день за 30 хвилин до їжі.

5. *Для усунення больового синдрому*

-спазмолітики (бускопан 1% розчин 1 мл, дуспаталін по 1 таблетці (135 мг) 3 рази на день, но-шпа 2% розчин 2 мл; галідор 2,5% розчин 2 мл; метацин 1% розчин 2 мл; анальгін 50% розчин 2 мл; мотиліум 10 мг 3 рази на добу).

6. *Лікування лямбліозу* (тинідазол 2,0 г, метронідазол 0,8 г 3 рази на день 3 дні; фуразолідон 0,1 г 4 рази на день 5 днів).

*Лікування опісторхозу* (празиквантель (азинокс) 75 мг/кг на добу в 3 прийоми після їжі протягом двох днів).

7. *Ферментні препарати, які містять жовч* (фестал 2 драже 3 рази на день, дигестал).

8. *При вираженій інтоксикації* реосорбілакт внутрішньовенно крапельно 200-400 мл на добу або реамберин 400 мл на добу.

9. *При наявності диспептичних розладів*, зумовлених дискінезією проток і порушенням надходження жовчі в дванадцятипалу кишку, використовують прокінетики (домперидон або цизаприл 10 мг 3 рази на добу, дебрідат 100 мг 3-4 рази на добу за 15 хвилин до їжі), антациди із вмістом алюмінію (маалокс або фосфалюгель, гастрин-гель по 15 мл 4 рази через 1,5-2 години після їжі, гастрал 2 таблетки 4 рази на добу), холестирамін 4-12 г на добу.

10. *Лікувальні тюбажі* (з зондом або без нього).

11. *При астеноневротичному синдромі і вегетосудинній дистонії* призначають «малі» транквілізатори (еленіум 5 мг 2 рази на день, сонопакс, сульпірид (еглоніл) 50-100 мг 2 рази внутрішньом'язово).

12. *Після стихання гострих проявів* - фізіотерапія: теплові процедури на ділянку правого підреб'я.

13. У фазі ремісії—лікування мінеральними водами, які збільшують секрецію жовчі печінкою за рахунок водяного компонента і зменшують її в'язкість (Єсентуки, Нафтуса, Слов'янська, Миргородська); при гіпотонії жовчного міхура – лужні води з високою мінералізацією (Моршинська, Лужанська, Поляна Квасова).

14. Під час нападу жовчної кольки з діагнозом *холецистолітіаз* – лікування оперативне. Операція показана у всіх випадках, коли приєднуються ранні клінічні симптоми калькульозного холециститу (кольки, лихоманка, відсутність стійкої ремісії в проміжках між нападами), наявність великих (більше 3 см) конкрементів, які створюють небезпеку виникнення пролежнів, і дрібних (5 мм і менше) каменів через можливість виходу їх у жовчні протоки з розвитком гострого холециститу, холедохіту і холангіту.

15. Консервативне лікування неускладненого *холецистолітіазу*:

- урсодезоксихолева кислота 8-12 мг/кг на добу 4 місяці, потім 4-6 мг/кг протягом 2 років;

- хенофальк 0,25 г 4-5 разів на добу від 3 місяців до 3 років;

- урсофальк 10 мг/кг 6 місяців.

16. *Екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія* - подрібнення жовчних каменів із подальшим призначенням урсодезоксихолевої кислоти по 500-700 мг на добу протягом року.

17. *Черезшкірно-трансгепатична літотрипсія* - введення в жовчний міхур під контролем УЗД тонкого катетера, через який вводиться 5-10 мл метилтерцбутилового ефіру, який розчиняє камені контактним шляхом.

## **7. Матеріали для самоконтролю:**

А. Завдання для самоконтролю:

1. Визначити основні синдроми при захворюваннях жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

2. Сформулювати попередній діагноз.

3. Скласти план обстеження хворого.

4. Дати оцінку лабораторним та інструментальним методам обстеження.

5. Скласти таблицю основних диференціально-діагностичних ознак захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

6. Обґрунтувати і сформулювати заключний клінічний діагноз.

7. Скласти схему патогенезу ЖКХ, хронічного холециститу, функціональних біліарних порушень.

8. Скласти план лікування при хронічному холециститі, ЖКХ, ДЖШ.

9. Визначити ускладнення і показання до хірургічного лікування при ЖКХ.

10. Скласти план реабілітаційних заходів.

Б. Задачі для самоконтролю.

Задача №1

Хворий А. 34 роки. Скарги на постійний ниючий біль в ділянці правого підребер'я, іноді нудоту, гіркоту в роті зранку, закрепи. Вище перераховані скарги хворого турбували протягом двох років. Останнє погіршення стану 2 дні тому, після того, як з'їв велику кількість копченої риби. П'ять років тому переніс апендектомію.

Об'єктивні відхилення: на язичку сірий наліт, в ділянці правого підребер'я незначне напруження м'язів. Інших відхилень не виявлено. При лабораторно-інструментальному дослідженні: в порції «В» жовчі – багато «лейкоцитів», кількість її 70 мл, при УЗ дослідженні жовчний міхур збільшений, стінка потовщена, має перетяжку. При холецистографії жовчний міхур овальної форми, після вживання жовтка скоротився через 1,5 години менше ніж на 2/3 початкового об'єму. Сформулюйте розгорнутий клінічний діагноз та призначте адекватне лікування.

Задача №2

Хвора 32 роки, поступила до хірургічного відділення зі скаргами на біль в правому підребер'ї з іррадіацією під праву лопатку, який виник три години тому після психологічного навантаження, жовтушність шкіри. Об'єктивно: помірного харчування, збуджений, склери субіктеричні, пульс 100 в 1 хв, АТ 100/60 мм.рт.ст. Зі сторони легень та серця без патології. Живіт м'який, помірно болючий в точці жовчного міхура. На наступний день жовтушність зникла. В загальних лабораторно-інструментальних дослідженнях без відхилень від норми. УЗД без особливостей. Холецистографія: після вживання двох жовтків скоротився на 2/3 об'єму за 30 хв. Сформулюйте найбільш правильний діагноз.

3. У пацієнта П., 37 років після приймання жирної їжі, раптово з'явився різкий біль у правому підребер'ї. Запідозрено гострий холецистит. Назвіть основний метод первинного обстеження пацієнтів.

1. Рентгенологічний.
2. Ультразвуковий.
3. Радіонуклідний.
4. Магнітно-резонансний.
5. Термографічний.

4. Хвора, 50 років, протягом року страждає приступами болі в правому підребер'ї, які виникають переважно після жирної їжі. останній тиждень приступи повторювались щодня, стали більш болючими. На 3 день перебування в стаціонарі з'явилися жовтушність склер та шкіри, світлі випорожнення і темна сеча. Аналіз крові: Нв – 128 г/л, ретикулоцити – 2%, нейтрофільний лейкоцитоз ( $13,1 \cdot 10^9$ /л), ШЗЕ – 28 мм/год. Що є найбільш ймовірною причиною жовтяниці?

1. Гострий вірусний гепатит.
2. Хронічний панкреатит.
3. Хронічний холестатичний гепатит.
4. Гемолітична анемія.
5. Жовчнокам'яна хвороба.

5. Хвора 35 років прокинулась вночі від раптового, різкого болю в правому підребер'ї, що іррадіював у праву лопатку. Біль супроводжувався нудотою та повторним блюванням. Симптом Кера та Мерфі позитивні. Що з переліченого є найбільш ефективним для купування нападу?

1. Метоклопрамід.
2. Морфін.
3. Анестезин.
4. Атропін.
5. Папаверин.

## Література:

### Основна.

- 1.Передерий В.Г., Ткач С.М. Основы внутренней медицины : учеб. для студ. высш. мед. учеб. заведений IV уровня аккредитации, врачей-интернов, врачей общ. практики: [в 3-х т.] / В. Г. Передерий, С. М. Ткач. - К. ; Вінниця : Н. Кн., 2009 – 2794с .
- 2.Передерий В.Г., Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей .- Вінниця:СПД Каштелянов А.И.,2011.-776 с.:ил.
- 3.Видадь Визит. Справочник «гастроэнтерология» М.:Видадь Рус,2016 г.304 с.
- 4.Н.В.Харченко Классификации заболеваний органов пищеварения. Киев,2015.-54 с.
- 5.Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи /сост. А.С.Дементьев, И.Р.Манеров, С.Ю.Кочетков, Е.Ю.Чепанова.-М.:ГЭОТАР - медиа,2016.-384 с.
- 6.Современные классификации и стандарты лечения распространенных заболеваний внутренних органов / под ред. проф. Ю.М.Мостового. – 18е изд., доп. и перераб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2015 – 679/.
7. Н.И.Швед, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. - Киев.2007
- 8.Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / Сек.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, Ы.В.Маэва, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.
- 9.Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения. – К: Демос, 2004. – 321 с.
- 10.Основи внутрішньої медицини. Посібник для студентів IV та V курсів медичного факультету: навч. посіб. / [М.І. Швед, Н.В. Пасечко, А.О. Боб та ін.]; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль: ТДМУ, 2013. – 828 с.

### Додаткова:

- 1.Н.М. Середюк. Внутрішня медицина: терапія. Київ «Медицина» 2009.
- 2.Н.В. Харченко, О.Я. Бабак . Гастроентерологія. Київ, 2007.
- 3.И.В.Маєв, А.А.Самсонов, Л.М.Салов, Ю.С.Шах, Е.В.Ульянкина. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей. М.:ГОУ ВУНМЦ МЗРФ.2003.
- 4.П.Я.Григорьев,.А.В.Яковенко. Клиническая гастроэнтрология. М.2004.

### Відповіді :

#### Задача №1

У хворого хронічний некалькульозний холецистит, рецидивуючий перебіг, середнього ступеня важкості, з порушенням функцій жовчного міхура за гіпомоторним типом, період загострення. Хворому необхідно провести курс антибіотикотерапії ампіциліном у дозі 2,0 грама на день, призначити холекінетичні засоби: тюбажі ксиліт, магнізю, невеликі дози холеретичних засобів та холінолітиків. При згасанні загострення Миргородська вода, тюбажі 2 рази на тиждень. У фазі ремісії санаторно-курортне лікування.

#### Задача №2

Дисфункція жовчовивідних шляхів за гіпермоторним типом

3-2

4-5

5-4

Методичну розробку підготувала

к.мед.н., доцент Третьак Н.Г.

