

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

“Затверджено”

на методичній нараді кафедри
внутрішньої медицини №3

Завідувач кафедри

професор _____
(Л.В. Журавльова)

“29” серпня 2012 р.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Основи внутрішньої медицини
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовний модуль №2</i>	Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення
<i>Тема заняття</i>	ЖКХ, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення
<i>Курс</i>	4
<i>Факультет</i>	Медичний

Змістовий модуль №2 «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення»

Тема № 7

«Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ), хронічний холецистит (ХХ) та функціональні біліарні порушення»

Актуальність

Захворюваність на хвороби жовчновивідних шляхів (ХЖВШ), зокрема ЖКХ та хронічний холецистит, розповсюджена в усьому світі. ЖКХ має не тільки медичне, але й важне соціально-економічне значення. Кількість хворих із захворюваннями жовчновивідних шляхів (ЖВШ) майже вдвічі перевищує кількість хворих на виразкову хворобу. У жінок захворювання зустрічається в 2-3 рази частіше ніж у чоловіків. Частота утворення жовчних каменів у дітей менше 5%, у віці 60-70 років зростає до 30-40%. У 80-90 % хворих на ЖКХ мешканців Європи та Північної Америки утворюються холестеринові камені, в той час як у мешканців Азії та Африки переважають пігментні камені.

Навчальні цілі:

- навчити студентів розпізнавати основні симптоми та синдроми ХЖВШ;
- ознайомити студентів з фізикальними методами дослідження при ХЖВШ;
- ознайомити студентів з методами дослідження, які застосовуються для діагностики ХЖВШ, визначення інкриторної та екскреторної недостатності підшлункової залози; показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення; методиками їх виконання; діагностичною цінністю кожного з них;
- навчити студентів самостійно трактувати результати проведених досліджень;
- навчити студентів розпізнавати та діагностувати ускладнення при ХЖВШ;
- навчити студентів призначати лікування при ХЖВШ.

Що повинен знати студент?

- частота зустрічаємості ХЖВШ;
- етіологічні фактори ХЖВШ, в т.ч. будову сфінктеру Одді;
- патогенез ХЖВШ;
- основні клінічні синдроми при ХЖВШ, класифікація ХЖВШ;
- загальні та тривожні симптоми при ХП;
- фізикальні симптоми ХЖВШ;
- методи фізикального обстеження хворих на ХЖВШ;
- діагностика ХЖВШ, оцінка результатів багатомomentного дуоденального зондування (БМДЗ) в тому числі хроматичного з наступним мікроскопічним, бактеріологічним, біохімічним дослідженням жовчі;
- діагностичні можливості ФЕГДС, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, екскреторної ретроградної панкреатохолангіографії, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерної томографії, внутрішньовенна холангіо-холецистографія, сцинтиграфія ЖМ (ЖМ) та ЖВШ; показання, протипоказання;
- ускладнення при ХЖВШ;
- лікування ХЖВШ (зміна способу життя, раціональне харчування, медикаментозна терапія, хірургічне лікування).

Що студент повинен вміти?

- видаляти основні клінічні та фізикальні синдроми при ХЖВШ
 - інтерпритувати результати клінічних, біохімічних та імуноферментних досліджень;

- інтерпритувати дані ФЕГДС, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, екскреторної ретроградної панкреатохолангіографії, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерної томографії, внутрішньовенна холангіо-холецистографія, сцинтиграфія ЖМ (ЖМ) та ЖВШ; знати показання, протипоказання;
- інтерпритувати дані мікроскопічного, бактеріологічного та біохімічного дослідження жовчі;
- вміти виділити типи дискінептичних розладів біліарного тракту.
- призначати лікування хворим на ХЖВШ.

Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти

- огляд шкіри та слизових оболонок⁴
- визначення наявності синдрому мальабсорбції;
- обстеження живота;
- огляд живота;
- поверхнева пальпація живота;
- глибока методична ковзна пальпація органів черевної порожнини за Образцовим-Стражеском;
- визначення больових точок та зон, які характерні для ХП;

Зміст теми

ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

Хронічний холецистит (ХХ)- хронічний запальний процес у жовчному міхурі (ЖМ), який поєднується із дискінезією ЖМ та сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів (ЖВШ) та дисхолією - порушенням біохімічних і фізико-хімічних властивостей жовчі.

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) - хронічне рецидивуюче захворювання ЖМ та жовчовивідних шляхів із розвитком холелітазу.

Дисфункція ЖМ – розлад скоротності ЖМ, яка доведена порушенням випорожнення ЖМ та проявляється болем біліарного типу.

ЕТІОЛОГІЯ

Виникненню ХХ передують функціональні порушення моторики й тонуусу ЖВШ та ЖМ - дискінезії ЖМ та ЖВШ. В основі дискінезій лежить дискоординація нейрогуморальної регуляції біліарної системи.

Мускулатура сфінктера Одді не залежить від мускулатури 12-палої кишки. Сфінктер Одді складається з :

1. Власного сфінктера великого дуоденального сосочка (сфінктер Вестфаля), який забезпечує ро-зділ протоків від 12-палої кишки.
2. Власного сфінктеру загального жовчного протока.
3. Сфінктера панкреатичного протока.

Функції сф. Одді:

- 1.Регулює ток жовчі та панкреатичного соку в 12-палу кишку.
- 2.Попереджає рефлюкс вмісту 12-палої кишки в загальний жовчний та панкреатичний протоки.
- 3.Забезпечує накопичення в ЖМ печінкової довчі.

ДЖВШ є одним із проявів синдрому психовегетативної нестійкості або можуть розвиватися вторинно, внаслідок порушення виділення гастроінтестинальних гормонів та патологічних вісцero- вісцeralьних рефлексів при інших захворюваннях травного тракту - виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, хронічному гастриті, дуоденіті, дуоденостазі.

Більш рідко причиною холециститу є уроджені вади розвитку ЖМ та ЖВШ - найбільш часто зустрічаються сифонопатії та вентильний жовчний пузир. Аліментарні схиблення (рідкий прийом їжі, зловживання жирними та смаженими стравами), психоемоційне перенапруження, гострі чи хронічні інфекції, алергія є факторами ризику у

виникненні хронічного холециститу.

Дисхолія, або дискринія (порушення біохімічних чи фізико-хімічних властивостей жовчі) успадковується генетично або розвивається внаслідок тривалого застою (стазу) жовчі у ЖМ. При цьому зміщується рН жовчі у кислую сторону, підвищується концентрація холестерину та білків, знижується вміст жовчних кислот. Дисхолія має безпосередню ушкоджуючу дію на інтрамуральний нервовий апарат ЖМ та його слизову оболонку, що призводить до його асептичного (немікробного) запалення. Сприяють запальному процесу порушення нейрогуморальної регуляції ЖМ та пов'язані з цим порушення кровопостачання та місцевої імунної реактивності, дистрофічні та дисрегенераторні явища.

Найважливішим фактором хронізації запального процесу у ЖМ є зниження імунної реактивності організму - зменшення вмісту Ig A у жовчі, зниження фагоцитарної активності нейтрофілів та макрофагів. Імунній перебудові сприяють дисбактеріоз кишечника, тривала нераціональна антибіотикотерапія, лікування глюкокортикоїдними препаратами.

Роль інфекційного чинника в етіології ХХ незначна. Мікрофлора виявляється в тканинах ЖМ у 20-30% хворих на ХХ, міхурова жовч стерильна у 50-70% пацієнтів. Попадання мікроорганізмів у незмінений ЖМ не викликає запального процесу внаслідок вираженої бактеріостатичної дії жовчі.

БАКТЕРІАЛЬНІ ХОЛЕЦИСТИТИ. Розвиваються при поєднанні бактеріохолії із застоєм жовчі, дистрофічними, дисрегенераторними, дисциркуляторними змінами ЖМ, порушеннями місцевого імунітету. Мікроорганізми можуть надходити до ЖМ гематогенним та лімфогенним шляхом при хронічних тонзилітах, гайморитах, фронтітах, аднексітах або висхідним контактним шляхом із органів травного тракту при "зіянні" пілорусу, недостатності баугінієвої заслінки, дуоденальному стазі, недостатності сфінктера Одді, дуоденобіліарному рефлюксі. При низхідному шляху інфікування до ЖМ надходять частіше за все стрептокок або стафілокок, при висхідному - кишечна паличка та ентерокок.

ВІРУСНІ ХОЛЕЦИСТИТИ. Можуть виникнути після перенесеного гострого вірусного гепатиту. Етіологічне значення можуть мати практично всі види вірусів, збудників гострого гепатиту - А, В, С, Е, Д.

ПАРАЗИТАРНІ ХОЛЕЦИСТИТИ. Розвиваються, як правило, при опісторхозі, клонорхозі, поєднуються із ураженням печінки та жовчовивідних шляхів. Значення лямблій в етіології хронічного холециститу раніше необґрунтовано перебільшувалося. Оскільки лямблії швидко гинуть у жовчі, вони не можуть викликати істотного ушкодження ЖМ. Виявлені при дуоденальному зондуванні у жовчі найпростіші мають дуоденальне походження.

АУТОІМУННИЙ ХОЛЕЦИСТИТИТ. Зумовлений імунологічним дисбалансом - пригніченням Т-системи імунітету при підвищенні функціональної активності В-лімфоцитів, порушенням співвідношення між Т-хелперами й Т-супресорами, утворенням клонів клітин, сенсibiliзованих до антигенів ЖМ. Сприяють виникненню аутоімунного холециститу часті рецидиви ХХ іншої етіології, наявність супутніх захворювань органів травлення.

АЛЕРГІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТИТ. Виникає внаслідок масованого впливу бактеріальних та харчових алергенів, поєднується з іншими проявами нутрітивної алергії.

ФЕРМЕНТАТИВНИЙ (ХІМІЧНИЙ) ХОЛЕЦИСТИТИТ. Розвивається внаслідок надходження у ЖМ соку підшлункової залози при пакреато-біліарному або дуоденальному рефлюксі. При цьому ферменти, що містяться у соці, викликають ушкодження тканин ЖМ. Рефлюксні явища сприяють дуоденостазу та недостатності сфінктера Одді.

Найбільш часто при ЖКХ утворюються холестеринові камені - 85-90% всіх випадків. Ендогенні фактори ризику холестеринового холелітіазу: ожиріння з типовим

порушенням ліпідного спектру крові - підвищенням вмісту холестерину та триглицеридів на фоні зниження рівня ЛПВЩ (ліпопротеїдів високої щільності) та гіперінсулінемія натщесерце. Має значення й гормональний фон - характерна гіперестрогенемія. Сукупність зазначених факторів ризику типова для жінок 35-50 років, із супутнім ожирінням, які народжували, особливо якщо вони вживають оральні гормональні контрацептиви. Ризик виникнення жовчнокам'яної хвороби різко збільшується під час та після вагітності - створюються умови для порушення відтоку жовчі, змінюється гормональний баланс.

Холестериновий літогенез може бути обумовлений генетичними дефектами жовчоутворення - підвищенням утворенням холестерину печінкою із накопиченням його у жовчі (здебільшого у молодих) або зниженням синтезу жовчних кислот (частіше у літніх). Перенасичена холестерином та збіднена поверхнево-активними речовинами (жовчними кислотами та фосфоліпідами) жовч відрізняється високою літогенністю.

Вирішальне значення в утворенні каменів має наявність місцевих "міхурових" факторів: застій жовчі та запалення ЖМ. Застійні процеси типові для дискінезій ЖМ та ЖВШ, первинних чи обумовлених запаленням. Підвищення концентрації холестерину призводить до утворення рідких кристалів холестерину, які при подальшому накопиченні холестерину можуть трансформуватися у тверді ромбовидні кристали.

Запальні процеси у ЖМ, які супроводжуються накопиченням білків та глікопротеїдів, різко змінюють властивості міжміцелярної фази жовчі. Сприяють літогенезу зміщення рН жовчі у кислу сторону, підвищений вміст у жовчі кальцію та заліза, аміних і сульфгідрильних груп, що нерідко спостерігається при ХХ. Каменеутворення у певному сенсі є захисною реакцією організму на чужорідні антигени - у центрі конкрементів часто знаходять мікроорганізми, гельмінти, чужорідні тіла, інші скупчення антигенних структур.

Можливі й генетичні причини каменеутворення - під впливом ендо- й екзогенних чинників змінюється структурна організація хромосом тканин, активується ген утворення жовчних каменів.

Пігментні та пігментно-вапняні камені складаються із білірубінату кальцію, кальцієвих солей жовчних та жирних кислот. Факторами ризику можуть бути підвищений гемоліз із накопиченням білірубину у печінковій жовчі, внутрішньопечінковий холестаза, запальне ураження гепатобіліарної зони. Змішані камені становлять 10-15% всіх випадків жовчнокам'яної хвороби, містять не більше 20% холестерину, білірубину, солі кальцію.

Літогенезу сприяє "літогенна дієта" - рафіновані продукти з високим вмістом твердих тваринних жирів та екстрактивних речовин (копченості, жирні сорти м'яса, особливо смаженого) при обмеженні вживання рослинної клітковини, яка адсорбує тригліцериди та холестерин у кишечнику.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ

Спостерігається у переважної більшості пацієнтів. Болі при ХХ найбільш часто локалізуються у правому підребер'ї, рідше - у епігастрії. Біль різноманітний, залежить від характеру супутньої ДЖВШ. При ДЖВШ за гіпотонічним, гіпомоторним типом болі мають тупий, стискаючий характер, практично постійні. Дискінезія за гіпертонічним, гіперкінетичним типом характеризується переймистими, колючими, ріжучими, свердлючими болями, які з'являються у вигляді періодичних приступів. Чіткі болі можуть чергуватися із відчуттям тяжкості, розпирання у правому підребер'ї.

ПРАВОБІЧНА ІРАДІАЦІЯ болю типова для ХХ - у праву половину грудної клітини, у праве плече та надпліччя, праву щелепу, вухо, надключичну область.

ВІСЦЕРАЛЬНІ БОЛІ обумовлені спазмом гладком'язових елементів ЖМ та протокової системи, особливо сфінктерного апарату, що призводить до підвищення внутрішньоміхурного та внутрішньопотокового тиску з подразненням сенсорних

рецепторів та ішемією стінки цих органів. Вісцеральна біль характеризується відносною невизначеністю локалізації та типовою іррадіацією.

СОМАТИЧНИЙ БІЛЬ викликаний ушкодженням (іритацією) рецепторів очеревини, зв'язкового апарату, підшкірної клітковини, поперечно-смугастих м'язів тулуба та шкіри. Найбільш виражені болі соматичного типу при перихолециститах, спасечних процесах.

ПРОВОКУЮТЬ появу болю вживання продуктів із холекінетичною дією: жирних, жарених, гострих страв, яєць, холодних та газованих напоїв, алкоголю. Приступ болю може бути спровокований значним фізичним навантаженням, особливо підйомом тяжкості, що супроводжується підвищенням внутрішньочеревного тиску, або хиткою їздою. Негативну роль може відіграти психоемоційний стрес, який викликає спазм сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів.

ЖОВЧНА КОЛІКА розвивається при частковій obturaції шийки ЖМ каменем або запальним інфільтратом у хворих із шийковим або калькульозним ХХ. Симптомокомплекс характеризується приступом гострого переймистого болю, який інколи стає жорстоким, нестерпним, супроводжується повторною блювотою із домішкою жовчі, яка не приносить полегшення. Можливі прояви вегетативного пароксизму - відчуття дурноти, різка загальна слабкість, профузне потовиділення. Після приступу жовчної коліки спостерігаються резорбтивні явища - озноб, короткочасне підвищення температури тіла, мінуща субіктеричність слизової оболонки м'якого піднебення, склер, деяких ділянок шкіри. Повна obturaція каменем загального жовчного протоку або великого дуоденального сосочку призводить до розвитку механічної жовтяниці.

ДИСПЕПСИЧНИЙ СИНДРОМ

Диспепсичні явища при ХХ дуже різноманітні, в основному зумовлені дискінетичними, рефлюксними явищами з боку дуоденогастроєзофагальної зони: присмак гіркоти у роті (40% хворих), відрижка повітрям чи гіркотою (30% пацієнтів), печія (20%). Незначна блювота з домішкою жовчі, яка не приносить полегшення, з'являється на фоні вираженого загострення. Внаслідок вираженої ваготонії у 65% пацієнтів спостерігається помірно виражена періодична нудота.

Порушення нормального ритму виділення жовчі у кишечник, зміна її складу призводить до виникнення повторних функціональних порушень діяльності кишечника - у хворих з'являється здуття живота, періодичне бурчання у кишечнику, схильність до запорів або проносів.

Часто спостерігається зниження апетиту, типова непереносимість жирних, смажених страв, яєць.

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ

Порушена взаємодія між симпатико-адреналовим та парасимпатичним відділом вегетативної нервової системи з переважанням тону парасимпатичних структур. Клінічно синдром проявляється емоційною лабільністю пацієнтів, гіпотонією, мінущими порушеннями ритму серцевої діяльності, кардіальгіями, головними болями.

ПРАВСТОРОННІЙ РЕАКТИВНИЙ СИНДРОМ

Розвивається при важкому, постійно рецидивуючому ХХ внаслідок поширеного ушкодження вегетативних утворень всієї правої половини тіла й кінцівок. Синдром характеризується наявністю у правій половині тіла позасегментарних больових судинно-нервових точок, підвищенням у правій половині тіла тону скелетних м'язів, порушенням тону й реактивності судин м'яких тканин і внутрішніх органів, порушенням трофіки тканин.

СИНДРОМ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО НАПРУЖЕННЯ

Зумовлений дисфункцією надсегментарних вегетативних структур, в тому числі й гіпоталамусу, що призводить до гормонального дисбалансу. У жінок, особливо молодих, у другу фазу менструального циклу підсилюються прояви вегетативної дисфункції, спостерігається загострення запальних та дискінетичних процесів у ЖМ. Через 1-2 дні після початку менструації стан спонтанно покращується.

ХОЛЕЦИСТО-КАРДІАЛЬНИЙ СИНДРОМ (Симптом Боткіна)

Спостерігається у 25-50% хворих на ХХ, проявляється частими болями у ділянці серця. Кардіальгії нерідко поєднуються з минушими порушеннями серцевого ритму, метаболічними змінами міокарду. У пацієнтів, що мають інші фактори ризику ІХС (літній вік, надмірна вага, порушення ліпідного обміну) синдром набуває риси рефлекторної стенокардії, що потенційно може трансформуватися в інфаркт міокарду.

СОЛЯРНИЙ СИНДРОМ. Розвивається при тривалому, тяжкому перебігу ХХ з явищами подразнення сонячного сплетіння. Клінічно синдром проявляється соляральгією - постійними болями у зоні пупка з іррадіацією у спину - "солярний цвях".

НЕВРОТИЧНИЙ СИНДРОМ. Спостерігаються психоемоційні порушення астенічного типу: тривожність, іпохондрія, схильність до самоаналізу та самозвинувачення, відлюдкуватість, зниження інтересу до життя й праці, емоційна лабільність.

АЛЕРГІЧНИЙ СИНДРОМ. Характеризується тяжким, часто рецидивуючим хронічним холециститом, резистентним до лікування антибіотиками, що поєднується із захворюваннями атопічного генезу - кропив'янкою, алергічним дерматитом, набряком Квінке, харчовою та медикаментозною алергією, бронхоспастичними явищами, мігренню, полінозом, вазомоторним ринітом, еозинофілією.

Переважання синдромів, зумовлених вегетативною дисфункцією, над класичним абдомінально-больовим і диспепсичним синдромами, призводить до атипових клінічних проявів холецистити, що ускладнює діагностику захворювання. Виділяють кілька клінічних "масок" хронічного холецистити.

1. *Шлунково-кишечна* - переважають диспепсичні явища при відсутності типового больового синдрому.

2. *Кардіальна* - домінує рефлекторна стенокардія.

3. *Невротична* - переважає важкий невротично-неврозоподібний синдром, соматогенно зумовлений.

4. *Ревматична* - часті кардіальгії, порушення ритму, минуща атріовентрикулярна блокада I ступеню, метаболічні порушення у міокарді, субфебрилітет, артралгії та міалгії.

5. *Тиреотоксична* - виражена емоційна лабільність, тремор рук, субфебрилітет, тахікардія, екстрасистолія, кардіальгія.

ДАНІ ФІЗИКАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Можлива субіктеричність склер та слизової оболонки м'якого піднебення. При калькульозному холециститі, ускладненому механічною обтураційною жовтяницею, з'являється виражене жовтушне забарвлення шкіри, нерідко розчухи на шкірі. При 1. **СЕГМЕНТАРНІ РЕФЛЕКТОРНІ СИМПТОМИ.** Позитивні у фазу загострення, в їх основі - патологічні шкірно-вісцеральні рефлекси. Тривале подразнення сегментарних вегетативних гангліїв, розміщених у зоні іннервації біліарної системи, призводить до появи в органоспецифічних точках шкіри рефлекторних больових зон 2-5 мм у діаметрі. Вісцero-кутанні рефлекси викликаються тиском одним чи двома пальцями на органоспецифічні точки шкіри.

СИМПТОМ МАККЕНЗІ - біль чи неприємне відчуття, болючість при надавлюванні на больову рефлекторну точку Маккензі, розташовану на передній поверхні черевної стінки, у місці перетину зовнішнього краю правого прямого м'язу живота з правою реберною дугою.

СИМПТОМ БОАСА - біль чи неприємні відчуття, болючість при надавлюванні на больову рефлекторну точку Боаса, розміщену на задній поверхні грудної клітини, на правій паравертебральній лінії Th 10-11.

При вираженому загостренні ХХ, під час приступів жовчної коліки площа органоспецифічних больових точок значно збільшується, трансформуючись у зони шкірної гіперальгезії-гіперестезії Захарьїна-Геда. Позитивний симптом Маккензі поєднується із гіперестезією шкіри живота, позитивний симптом Боаса - із гіперестезією

шкіри у правій поперековій області. Площа зон гіперчутливості залежить від активності запального процесу у жовчному міхурі.

СИМПТОМ АЛІЄВА також є ознакою вираженого загострення ХХ. При натисненні на органоспецифічні больові точки Маккензі та Боаса з'являється не тільки місцевий біль під пальпуючим пальцем, але й глибокий біль, спрямований до ЖМ - антидромна іррадіація болю.

При зниженні активності запального процесу у ЖМ спочатку зменшуються розміри зон шкірної гіперестезії-гіперальгезії, стає негативним симптом Алієва. Позитивні симптоми Маккезі та Боаса зберігаються більш тривало.

2. ОЗНАКИ ПРАВОСТОРОННЬОГО РЕАКТИВНОГО СИНДРОМУ. При тривалому й тяжкому перебігу ХХ формуються різноманітні дистрофічні, дегенеративні зміни у підлягаючих тканинах, в тому числі й у вегетативних гангліях. До патологічного процесу залучаються позасегментарні вегетативні утворення, міжхребтові диски: формується правосторонній реактивний вегетативний синдром.

Діагностувати синдром можна при дослідженні позасегментарних больових судинно-нервових точок і зон - тисненням на них кінчиком вказівного пальця. Як правило, надавлюють одночасно і на симетричні точки зліва, щоб хворий міг порівняти свої відчуття. Чим у більшій кількості позасегментарних больових точок справа є болючість при надавлюванні, тим важчий перебіг ХХ й більша ступінь ушкодження вегетативної нервової системи.

ОРБИТАЛЬНА ТОЧКА БЕРГМАНА - болючість у місці виходу орбітального нерву.

ПОТИЛИЧНА ТОЧКА ЙОНАША (симптом Йонаша) - біль при надавлюванні у місці прикріплення трапезієвидного м'язу в потиличній області, у зоні проекції потиличного нерву.

ШИЙНА ТОЧКА МЮССІ (симптом Мюссі) - біль у зоні проекції діафрагмального нерву на шиї, правосторонній френікус-феномен. Визначається при надавлюванні у правій надключичній області між ніжками грудинно-ключично-сосцевидного м'язу у зоні правого грудинно-ключичного сполучення.

СИМПТОМ ПЕКАРСЬКОГО - болючість при надавлюванні на мечовидний відросток внаслідок подразнення сонячного сплетіння.

ПАРАСОЛЯРНІ БОЛЬОВІ ТОЧКИ - розташовані між пупком та мечовидним відростком.

СИМПТОМ ЛЯХОВИЦЬКОГО (феномен мечовидного відростку) - біль при надавлюванні на праву половину мечовидного відростку або при відведенні його вгору внаслідок впливу на пакет лімфовузлів.

СИМПТОМ КАРАВАНОВА - при надавлюванні на точку нижче кута правої лопатки з'являється біль у правому підребер'ї.

СИМПТОМ СКВІРСЬКОГО - поява болю у правій підреберній області при перкусії ребром долоні справа від хребта на рівні Th 9-11.

СИМПТОМ АЙЗЕНБЕРГА-1 - при короткому ударі чи постукуванні ребром долоні нижче кута правої лопатки відзначається помірна місцева болючість і виражена "наскрізна" іррадіація болю в область ЖМ.

3. ІРИТАТИВНІ СИМПТОМИ. Викликані безпосереднім чи опосередкованим подразненням запаленого ЖМ, позитивні як під час загострення ХХ, коли позитивні й симптоми першої та другої групи, так і під час ремісії захворювання, коли рефлекторні симптоми негативні. Якщо симптоми першої та другої груп різко позитивні, іритативні симптоми доцільно не досліджувати - вплив на ЖМ буде супроводжуватися сильними болями, може викликати розвиток ускладнень.

СИМПТОМ ЗАХАР'ІНА - біль при постукуванні або надавлюванні на зону проекції ЖМ.

СИМПТОМ ГРЕКОВА-ОРТНЕРА - біль у момент удару ребром долоні по краю правої реберної дуги внаслідок струсу запаленого ЖМ.

СИМПТОМ КЕРА - біль при глибокій пальпації у правому підребер'ї у зоні локалізації ЖМ.

СИМПТОМ МЕРФІ - переривання глибокого вдиху при надавлюванні великим пальцем на зону проекції ЖМ внаслідок вираженої болючості.

СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА - різкий біль при введенні кисті руки у праве підребер'я на вдиху.

СИМПТОМ АЙЗЕНБЕРГА-2 - у положенні стоячи хворий підіймається на пальці, а після цього швидко опускається на п'яти: при цьому з'являється біль у правому ідребер'ї внаслідок струсу запаленого ЖМ.

БАГАТОМОМЕНТНЕ ДУОДЕНАЛЬНЕ ЗОНДУВАННЯ

Дослідження проводять вранці натщесерце. Олива дуоденального зонду встановлюється у нижній частині дванадцятипалої кишки, бажано під рентгенологічним контролем. Для виключення підмішування шлункового соку до дуоденального використовують двоканальний гастродуоденальний зонд - вміст шлунку аспірують крізь шлунковий канал. З початком надходження жовчі по зонду її кількість вимірюють кожні 5 хвилин на протязі всього дослідження та фіксують на графіку у вигляді стовпчикової діаграми. На цьому ж графіку відзначають час введення стимуляторів та медикаментозних препаратів, больову реакцію хворого.

Фази багатомоментного дуоденального зондування.

1. ХОЛЕДОХОВА ФАЗА (ХОЛЕДОХУС-ФАЗА)

Внаслідок механічного подразнення дванадцятипалої кишки оливою зонду відкривається сфінктер Одді та виділяється світло-жовта рідина - суміш жовчі й дуоденального вмісту. Тривалість 1-ї фази - 10-20 хвилин, кількість виділеної суміші - 15-20 мл, швидкість виділення вмісту - 1-2 мл/хвилину. Після цього сфінктер Одді спонтанно закривається, виділення жовчі припиняється.

2. ФАЗА ЗАКРИТОГО СФІНКТЕРА ОДДІ

Через зонд у 12-палу кишку вводять перший подразник - 40 мл 33% сірчанокислої магnezії. Час між моментом введення магnezії та появою світло-жовтої порції жовчі "А" фіксується як фаза закритого сфінктера Одді. У здорових тривалість 2-ї фази становить 2-3 хвилини. Якщо фаза триває перевищує 6 хвилин, діагностується гіпертонія сфінктера Одді (сфінктера загального жовчного протоку). При цьому, як правило, виділення жовчі з холедоху в 1-у і 3-ю фази уповільнене, переривчасте, супроводжується болем. Вкорочення 2-ї фази до 1 хвилини свідчить про гіпотонію сфінктера Одді. При вираженій гіпотонії сфінктера Одді жовч порції "А" витікає відразу після введення зонда в duodenum, 2-а фаза практично відсутня.

3. ФАЗА ВІДКРИТОГО СФІНКТЕРА ОДДІ (ФАЗА ПУЗИРНОГО ПРОТОКУ)

Виділяється жовч порції "А" - світло-жовта, прозора, у кількості 3-5 мл. Тривалість фази 3-5 хвилин, швидкість виділення жовчі - 1 мл/хвилину. Подовження 3-ї фази до 30 хвилин характерне для гіпертонії сфінктера Люткенса-Мартінова, а вкорочення часу одержання порції "А" свідчить про гіпотонію сфінктера пузирного протоку.

4. ФАЗА ВІДКРИТОГО СФІНКТЕРА ЛІТКЕНСА-МАРТИНОВА (ПУЗИРНА ФАЗА)

Виділяється жовч порції "В" - темно-коричнева, оливкова, концентрована, в'язка, у кількості 30-50 мл. Тривалість фази - 20-30 хвилин. Час випорожнення ЖМ (рефлекс Мельтцера-Лайона) залежить від рухової активності ЖМ, а кількість отриманої жовчі - від його тонусу. Швидкість виділення жовчі у пузирну фазу - 2,5 мл/хвилину.

При гіпертонічній дискінезії ЖМ кількість жовчі "В" зменшується до 20 мл, виділення пузирної жовчі відбувається ітенсивно, нерідко супроводжується болем, нудотою, блювотою. Внаслідок спазму сфінктера ЖМ можливе переривчасте виділення порції "В" або повне припинення її виділення. Як правило, при цьому з'являються сильні болі у правому підребер'ї, введення спазмолітиків (метацин, но-шпа) усуває біль та призводить до виділення всієї пузирної жовчі.

У хворих з гіпотонічною дискінезією ЖМ жовч порції "В" виділяється поволі, рефлекс Мельтцера-Лайона подовжується до 60 хвилин і більше. Кількість пузирної жовчі збільшується до 100-150 мл, жовч має застійний характер - темна, з підвищеною питомою вагою і в'язкістю. Проте при вираженому парезі ЖМ жовч може виділятися у зменшеній кількості, і для повного випорожнення ЖМ необхідне введення додаткового подразника після одержання печінкової жовчі.

5. ФАЗА ВІДКРИТОГО СФІНКТЕРУ МАРІЦЦІ (ПЕЧІНКОВА ФАЗА)

Виділяється жовч порції "С" - янтарно-жовта, прозора, рідка, у кількості 10-30 мл. Тривалість фази 10-20 хвилин, швидкість виділення жовчі 1-1,5 мл/хвилину.

Для більш точної диференціації жовчі порції "А", "В" і "С" використовують хроматографічне багатofракційне дуоденальне зондування. Напередодні ввечері хворий приймає всередину 150-200 мг метиленового синього у желатинових капсулах. Хромоген забарвлює пузирну жовч у синьо-зелений колір.

Для уточнення стану скорочувально-евакуаторної функції ЖМ у кінці дослідження через зонд вводять другий стимулятор - 30 мл теплої оливкової олії чи 50 мл 10% сорбіту. При наявності гіпотонії ЖМ відбувається повторне скорочення ЖМ і виділяється додаткова порція жовчі "В-2". Сума "В-1" та "В-2" характеризує істинний об'єм ЖМ. Після повного випорожнення ЖМ хворі з гіпотонічними дискінезіями жовчного пузиря відчувають виражене полегшення - зникають тупі постійні болі у правому підребер'ї та відчуття розпирання, дискомфорту.

Введення другого подразника пацієнтам з гіпертонічною дискінезією не приведе до виділення жовчі, але може збільшитись вираженість болю у правому підребер'ї. Введення спазмолітиків усуває болі й може викликати відходження залишкової пузирної жовчі "В-2".

МІКРОСКОПІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖОВЧІ

Проводиться на протязі 30 хвилин після її одержання - жовчні кислоти руйнують клітинні компоненти жовчі. Час зберігання може бути подовжений до 2-3 годин при додаванні консерванту - 10% розчину формаліну.

У здорових людей жовч прозора, містить обмежену кількість лейкоцитів, лейкоцитоїдів, клітин епітелію жовчних протоків, одиничні кристали. При хронічному холециститі збільшується кількість лейкоцитів у слизу, групи по 20-50 і більше екземплярів. Циліндричний епітелій ЖМ і ЖВШ виявляється у вигляді пластів по 25-30 клітин у полі зору. Підвищений вміст у жовчі лейкоцитів та епітелію ЖВШ розцінюється як ознака запального процесу тільки при наявності інших клініко-лабораторних та інструментальних ознак загострення. Лейкоцитоїди - круглі клітини, що нагадують по формі лейкоцити, утворюються із злушеного епітелію 12-палої кишки, діагностичного значення при ХХ не мають.

Жовч у хворих на ХХ насичена великою кількістю кристалів холестерину та білірубінату кальцію, що є ознакою дестабілізації колоїдної системи жовчі - дискринії. Ознакою ЖКХ є наявність у жовчі конгломератів кристалів та мікролітів.

При мікроскопії жовчі можуть виявлятися друзи грибів, яйця аскарид та кошачої двоустки або самі паразити, лямблії.

Більш інформативна для діагностики підвищеної літогенності жовчі її поляризаційна мікроскопія. При ХХ у міхуровій жовчі містяться анізотропні кристали, а печінкова жовч не містить оптично активних структур, має форму деформованої папороті.

БАКТЕРІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖОВЧІ

Має допоміжне значення - при отриманні жовчі в неї можуть потрапити мікроорганізми з інших відділів шлунково-кишечного тракту. Виконують посів жовчі на різноманітні поживні середовища. Етіологічне значення можуть мати тільки збудники, що містяться у жовчі в дуже високих концентраціях - мікробне число понад 1000 в 1 мл жовчі. Для діагностики бактеріохолії та ідентифікації збудника застосовують різноманітні експрес-методи: метод дифузії в агарі; метод прямої фазовоконтрастної мікроскопії; метод

серійних розведень; турбідиметричний метод. Можливе імунологічне визначення збудника методом парних сироваток (по збільшенню титрів антитіл до збудника) або внутрішньошкірних проб (внутрішньошкірне введення антегену збудника).

БІОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖОВЧІ

Жовч - складна колоїдна система, що складається з міцел і міжміцелярної фази. До складу жовчі входять жовчні кислоти, холестерин, фосфоліпіди, білірубін, електроліти, білки, ферменти, гормони, мукополісахариди, вітаміни.

Жовч має виражені сольобілізуючі властивості - утримує у водному розчині речовини, які є водонерозчинними, гідрофобними (холестерин, інші ліпідні компоненти, кальцієві солі білірубіну). Стабільність колоїдної системи жовчі зумовлена її міцелярною структурою. Міцела жовчі - макромолекулярний ліпопротеїновий комплекс, який "плаває" у водному розчині, має форму диску. Міцели жовчі містять 65-90% всіх жовчних кислот та 70-90% всіх фосфоліпідів, що містяться у жовчі, холестерин, ліпо- та мукопротеїди, вітаміни, гормони.

Гідрофобні компоненти міцели, в основному холестерин, "заховані" у внутрішній частині комплексу. Зовнішню частину міцели утворюють гідрофільні ділянки молекул жовчних кислот та фосфоліпідів, які забезпечують утримання всього полімолекулярного комплексу у водному розчині. Структура міцел мінлива, їх маса коливається від 19 000 до 75 000 внаслідок постійного обміну молекулами між міцелами та міжміцелярною фазою. Зовнішня гідрофільна поверхня міцел наділена від'ємним зарядом, може тимчасово зв'язувати і утримувати іони натрію, калію, кальцію, білки, ферменти, пігменти. Колоїдна стабільність жовчі зберігається у тому випадку, якщо компоненти троїстої системи міцел знаходяться у строго визначених оптимальних співвідношеннях: для холестерину і фосфоліпідів - 1:3, для холестерину і жовчних кислот - 1:11.

Загострення запального процесу у ЖМ викликає зниження вмісту поверхнево-активних речовин у жовчі (особливо жовчних кислот) та зменшення холато-холестеринового коефіцієнту, знижується вміст ліпопротеїдних комплексів. Спостерігається тенденція до зниження рівня білірубіну у пузирній жовчі на фоні збільшення вмісту холестерину.

ІНФРАЧЕРВОНА СПЕКТРОСКОПІЯ ЖОВЧНИХ КАМЕНІВ. Дослідження дозволяє визначити хімічний склад конкрементів: наявність та процентний вміст холестерину, білірубіну, солей кальцію, жовчних кислот.

БІОПСІЯ ЖМ. При ХХ застосовується нечасто. Гістологічно виявляють інфільтрацію слизово-підслизового шару ЖМ лімфоцитами, гістіоцитами, базофілами, при наявності алергічного компонента в патогенезі захворювання - і еозинофілами.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. *Оглядова рентгеноскопія та рентгенографія* органів черевної порожнини дозволяє виявити камені ЖМ і жовчних протоків, якщо вони достатньо крупні й рентгеноконтрастні, з високим вмістом солей кальцію.

Діагностуються при оглядовій рентгенографії також і газовміщуючі камені, які у своїх щілинах містять суміш кисню, азоту й окису вуглецю - в зоні проекції ЖМ визначається зірчаста тінь у вигляді розбіжних променів (ознака Мерседес-Бенца).

При розвиткові ускладнень ХХ (фістула ЖМ, жовчно-кишечний анастомоз) у ЖМ виявляється вільний газ.

2. *Пероральна контрастна холецистографія* - один із основних методів рентгенодіагностики холециститів. Методика проста й безпечна для хворого: у вигляді рентгеноконтрасту використовують жиророзчинні йодвміщуючі препарати - білітраст, холевид, йопагност. Напередодні дослідження обмежують вживання тваринних жирів, вуглеводів. Ввечері напередодні і в день дослідження хворий не повинен їсти. На ніч приймають 3-4 г (6-8 капсул) рентгеноконтрасту, запивають мінеральною водою або чаєм. Через 12 годин після прийому контрасту виконують рентгенографію правої верхньої частини живота у положенні стоячи або лежачи з піднятою догори правою половиною

тіла.

Контрастування ЖВШ може не наступити, якщо після прийому контрасту у хворого була блювота чи пронос.

Блокада ЖМ каменем або обтурація жовчних протоків запальним інфільтратом, стриктурою, проявляється контрастуванням позепечінкових жовчних протоків при відсутності тіні ЖМ - нефункціонуючий, відключений ЖМ.

При відсутності каменів у просвіті ЖМ хворому додатково дають жовчогінний сніданок - 2 сирих яєчних жовтка, або 20 г сорбіту, ксиліту у 100 мл теплої води або 50 мл рослинної олії - для оцінки скорочувальної спроможності ЖМ та сфінктерного апарату. Серію знімків виконують через 30, 60 і 120 хвилин після харчової стимуляції.

Пероральна холецистографія протипоказана при алергії до йодвміщуючих речовин, вираженій гіпербілірубінемії (понад 40 мкмоль/л), гіпопротеїнемії менше 65 г/л, гіпоальбумінемії менше 50%, хронічній нирковій або печінковій недостатності, важкій декомпенсації кровообігу, тяжкому тіреотоксикозі. Побічні явища після прийому пероральних рентгенконтрастних препаратів - головний біль, блювота, пронос, кропив'янка - спостерігаються рідко (5% пацієнтів).

3. *Видільна (внутрішньовена) холецистографія* - більш чутливий та інформативний метод обстеження, оскільки дозволяє швидко створити високу концентрацію рентгенконтрасту в досліджуваному органі. Більш висока ступінь накопичення контрасту в жовчовивідних шляхах обумовлює кращу чіткість зображення, велику частоту контрастування позепечінкових жовчних протоків. Застосовуються два методи внутрішньовенної холецистографії - одномоментний струминний або пролонгований інфузійно-крапельний. Для дослідження використовують водорозчинні рентгенконтрастні препарати - білігност, холеграфін, біліграфін по 0,5-0,9 мл/кг у 150-200 мл 50% глюкози чи 0,95% розчині натрію хлориду.

Для визначення подальшої тактики лікування жовчнокам'яної хвороби важливо встановити діаметр каменів, ступінь заповнення ЖМ конкрементами, їх наявність у протоковій системі й точну локалізацію. Ускладнена рентгенологічна діагностика дрібних конкрементів. Інколи числені дрібні холестеринові камені до 10 мм у діаметрі утворюють гомогенний шар у нижній третині ЖМ при вертикальному положенні хворого.

4. *Комп'ютерна томографія (КТ)* - метод вибору при супутньому ожирінні IV ступеню, непереносимості йодвміщуючих препаратів, високій гіпербілірубінемії.

5. *Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ)* поєднує ендоскопічне дослідження ДПК й великого дуоденального сосочка, в ході якого виконується введення канюлі в устя фатерова сосочка з ретроградним введенням у нього рентгеноконтрасту, із наступною рентгенографією

6. Допоміжне значення у діагностиці ХХ мають *черезшкірна черезпечінкова антеградна холецистографія*, інтра- та постопераційна *холеграфія*, релаксаційна *дуоденографія*.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ. Ультрасонографія ЖМ й жвш не вимагає спеціальної підготовки хворих - тільки голодна дієта. Протипоказань немає.

Товщина стінки жовчного пузиря 3,5 мм і більше є критерієм запального ураження ЖМ. При хронічному перебігу з елементами склерозу стінка ущільнюється, при гострому процесі з елементами набряку - стінка менш щільна, має навколо себе ореол з рідкого ексудату. Накладення фібрину, запального детриту на слизову оболонку ЖМ викликають симптоми пристінної мілкозернистої негомогенності порожнини ЖМ. Непрямими ознаками ХХ є ущільнення навколопузирної клітковини та тканини печінки навколо ЖМ.

Калькульоз ЖМ діагностується методом ехолокації у 95% хворих. Якщо розмір конкрементів перевищує 5 мм, вони фіксуються датчиком як структури з підвищеною ехогенністю у порожнині ЖМ. Найбільш висока виявляємість каменів з акустичною тінню, "доріжкою" позаду себе. Іноді камені ЖМ не дають акустичної тіні, якщо вони розташовані біля стінки. Дрібні конкременти не викликають утворення ізольованої тіні -

спостерігається негомогенність порожнини пузиря ("sludge", жовчний осад).

РАДІОНУКЛІДНА ГЕПАТОХОЛАНГІОГРАФІЯ (ГЕПАТОБІЛІСЦИНТІГРАФІЯ)

Використовується при непереносимості рентгеноконтрастних препаратів, високій гіпербілірубінемії та інших станах, при яких рентгенологічне дослідження протипоказане. У вигляді радіофармпрепарату використовують HIDA, мічений Tc-99m. При відсутності ознак ЖКХ хворому дають жовчогінний сніданок та реєструють серію сцинтиграм. Гепатосцинтиграфія інформативна при дискінезіях ЖМ, ЖКХ, обструкціях холедоуху.

ТЕПЛОБАЧЕННЯ (ТЕРМОГРАФІЯ). Метод має допоміжне значення у іагностиці ХХ. За характером забарвлення та яскравості зображення ЖМ на термограмі можна визначити активність запального процесу.

ЛАПАРОСКОПІЯ. З діагностичною метою застосовується тільки при неможливості на підставі даних інших методів дослідження провести диференціальну діагностику холециститу з пухлинами панкреатодуоденальної зони і ЖМ. Протипоказане при ІХС III-IV ф. кл., високій АГ, НК II-III стадії, грижі стравохідного отвору діафрагми.

Лапароскопічні ознаки холециститу: зміна кольору та розмірів ЖМ, виражений судинний малюнок на його стінках, наявність зрощень, спайок, фібринозних накладень, прикриття пузиря сальником.

ГЕМОГРАМА. Лейкоцитоз із паличкоядерним зсувом лейкоцитарної формули, прискорене ШОЕ, можлива еозинофілія - у разі значної вираженості запалення та при ускладненнях.

БІОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КРОВІ

При активному запаленні - підвищення рівня гострофазових показників: СРБ, сіалових кислот, серомукоїдів, гексоз, фібриногену. Диспротеїнемія - накопичення альфа-2-глобулінів та гама-глобулінів.

При холестазі при ЖКХ – підвищення рівнів загального білірубину, ЛФ та ГГТП.

ІМУНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Найбільш часто при вираженому загостренні - підвищення рівня Ig A, Ig M, Ig G у сироватці крові й особливо суттєво - у міхуровій жовчі. Порушується співвідношення між Т-хелперами й Т-супресорами - деяке збільшення кількості Т-хелперів при значному зниженні рівня Т-супресорів з підвищенням імунорегуляторного індексу, який характеризує хелперно-супресорне відношення.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ

1. Хронічний панкреатит.
2. Солярит.
3. Хронічний апендицит.
4. Хронічний гастродуоденіт.
5. Виразкова хвороба.

КЛАСИФІКАЦІЇ

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ 10-ГО ПЕРЕГЛЯДУ

K80 Жовчнокам'яна хвороба (холелітіаз)

- K80.0 Камінь ЖМ з гострим холециститом
- K80.1 Камінь ЖМ з іншим холециститом
- K80.2 Камінь ЖМ без холециститу
- K80.3 Камінь жовчної протоки з холангітом
- K80.4 Камінь жовчної протоки з холециститом
- K80.5 Камінь жовчної протоки без холангіту чи холециститу
- K80.8 Інші форми холелітіазу

K81 Холецистит

Виключено: з холелітіазом (K80.-)

- K81.0 Гострий холецистит
- K81.1 Хронічний холецистит

- K81.8 Інші форми холециститу
K81.9 Холецистит, неуточнений

КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

- **Хронічний холецистит** поділяють на **калькульозний та безкам'яний**
- **За ступенем важкості:**
 - легкий
 - середньої важкості
 - важка
- **За стадіями захворювання:**
 - загострення;
 - затухаючого загострення;
 - ремісія (стійка та нестійка)
- **За наявністю ускладнень:**
 - неускладнений
 - ускладнений
- **За характером перебігу:**
 - первинно хронічний, монотонний,
 - хронічний рецидивуючий,
 - резидуальний (стан після перенесеного нападу гострого холецистити)

УСКЛАДНЕННЯ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

1. Флегмона, абсцес ЖМ.
2. Емпієма ЖМ, фістула ЖМ.
3. Перихолецистит.
4. Холангіт.
5. Хронічний реактивний гепатит, холестатичний гепатит.
6. Біліарний цироз печінки.
7. Рак шийки ЖМ.
8. Хронічний панкреатит.
9. Хронічний ентероколіт, дисбактеріоз кишечника.

КЛАСИФІКАЦІЯ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

1. **За локалізацією:**
 - А. Дисфункція ЖМ
 - Б. Дисфункція сфінктера Одді
2. **За етіологією**
 - А. Первинні
 - Б. Вторинні
3. **За функціональним станом**
 - А. Гіперфункція
 - Б. Гіпофункція

ДИСФУНКЦІЯ СФІНКТЕРА ОДДІ

А) Біліарна дисфункція сф. Одді першого типу (причина – стеноз сфінктера): напад болей біліарного типу в поєднанні з наступними ознаками: **1.** підйом АСТ та/або ЛФ в 2 і більше разів при 2-разовому дослідженні; **2.** уповільнення видалення контрастної речовини при ЕРПХГ (більше 45 хвил) **3.** Розширення загального жовчного протоку більше 12 мм.

Б) Біліарна дисфункція сф. Одді другого типу: напад болей біліарного типу в поєднанні з 1-2 ознаками: **1.** підйом АСТ та/або ЛФ в 2 і більше разів при 2-разовому дослідженні; **2.** уповільнення видалення контрастної речовини при ЕРПХГ (більше 45 хвил) **3.** Розширення загального жовчного протоку більше 12 мм.

В) Біліарна дисфункція сф. Одді другого типу: тільки напад болей біліарного типу

Г) Панкреатичний тип дисфункція сф. Одді: болі, що характерні для панкреатиту та супроводжуються значним підвищенням амілази та ліпази.

ЛІКУВАННЯ

ДІЄТА

Хворим на ХХ призначають стіл № 5. При відсутності загострення калораж становить 2500 - 2900 ккал. Рекомендується частий прийом їжі - не менше 5-6 разів на день. Роздрібнене харчування забезпечує регулярне "очищення" ЖМ від жовчі, попереджає застійні явища. Принципове значення для профілактики та лікування калькульозного холециститу має усунення ожиріння. При надмірній вазі практикують розвантажувальні дні - кавунні, рисово-компотні або сирно-кефірні. При виникненні різкого загострення хронічного холециститу калораж дієти знижують до 2000 ккал, обмежуючи вживання жирів та білків, знижують вміст кухарської солі до 5 г/добу.

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ

1. ІСТИННІ ХОЛЕРЕТИКИ

Збільшують утворення жовчних кислот, підвищують вміст холатів у жовчі та холато-холестериновий коефіцієнт, стимулюють секрецію жовчі. Препарати даної групи підсилюють відтік жовчі по жовчним шляхам, зменшують застійні явища, запобігають висхідному інфікуванню ЖМ.

Холеретики даної підгрупи істотно покращують процеси травлення у кишечнику - збільшуючи утворення жовчі у печінці, покращуючи її відтік у дванадцятипалу кишку, вони опосередковано стимулюють перистальтичну активність кишечника і, отже, зменшують вираженість запорів. Препарати даної групи істотно збільшують функціональну активність гепатобіліарної системи, не призначаються при супутньому ураженні печінки з ознаками печінкової недостатності.

Істинні холеретики, що містять жовч і жовчні кислоти.

ХОЛОГОН (ДЕГІДРОХОЛЕВА КИСЛОТА) - більш слабкий холеретик. Дія препарату починається через 10-20 хвилин, досягає максимуму через 2 години. Приймають хологон по 1-2 таблетки (0,2 г) 3-4 рази на день відразу після їжі.

ДЕХОЛІН - натрієва сіль дегідрохолевої кислоти, по спектру дії аналогічний хологону. Застосовують внутрішньовенно по 5-10 мл 5% розчину 1 раз на день, після цього по 5-10 мл 20% розчину протягом 2-3 днів, з перервою на 2-3 дні. Препарат використовують для вигнання дрібних конкрементів у поєднанні з 0,5 мл 0,1% розчину сульфату атропіну.

Хологон і дехолін протипоказані при обтураційній жовтяниці, гострому гепатиті, гострій дистрофії печінки.

АЛЛОХОЛ містить суху жовч тварин, екстракт часнику і кропиви, активоване вугілля. Препарат має не тільки холеретичну дію, але й істотно покращує функцію кишечника - зменшує метеоризм внаслідок пригнічення процесів гниття та бродіння, підсилює перистальтику товстої кишки. Аллохол призначають по 2-3 таблетки тричі на день після їжі.

ХОЛЕНЗИМ містить 0,1 г сухої жовчі та по 0,1 г ферментів підшлункової залози й кишечника тварин. Крім помірно вираженої холеретичної і спазмолітичної дії препарат стимулює процеси гідролізу їжі, покращує апетит. Холензим приймають по 2 таблетки 0,5 г три рази на день після їжі чи безпосередньо перед їжею.

Синтетичні холеретики Препарати з підгрупи синтетичних холеретиків мають комплексну дію - стимулюють утворення жовчі, коригують її виділення із ЖМ внаслідок виражених холеспазмолітичних властивостей.

ОКСАФЕНАМІД має виражену холеретичну та холеспазмолітичну дію, особливо ефективний при ХХ з домінуванням дискінетичних процесів: гіпертонії, гіперкінезії ЖМ, гіпертонусу сфінктерів. Призначають таблетки по 0,25 або 0,5 г тричі на день перед їжею.

НІКОДИН - похідне аміду нікотинової кислоти та формальдегиду. Амід нікотинової

кислоти, який відщепляється у процесі метаболізму препарату, покращує функцію печінки. Нікодин відрізняється бактеріостатичним та бактеріоцидним ефектом, особливо ефективний при інфікуванні ЖМ кишечною паличкою або при поєднанні хронічного холециститу з колітом та дисбактеріозом кишечника. Призначають нікодин по 1-2 таблетки (0,5 г) 3-4 рази на день до їжі.

Холеретики рослинного походження. Дана підгрупа жовчогінних засобів складається з препаратів рослинного походження, що мають "м'яку" дію та практично не мають протипоказань.

ФЛАМІН - сухий екстракт безсмертника. Підсилює секрецію жовчі, стимулює виділення шлункового та панкреатичного соку, уповільнює перистальтику шлунку та кишечника.

РІДКИЙ ЕКСТРАКТ КУКУРУДЗЯНИХ РИЛЕЦЬ приймають по 30-40 крапель 3 рази на день за 30 хвилин до їжі. Підсилює секрецію жовчі, знижує її в'язкість і вміст білірубіну, знижує тонус сфінкера Одді.

ХОЛОСАС - концентрований водний екстракт плодів шипшини, приймають по 1 чайній ложці 3 рази на день. Стимулює секрецію жовчі, підвищує вміст у ній жовчних кислот, розслаблює сфінктери загального жовчного протоку та Одді, покращує відтік жовчі у дванадцятипалу кишку.

ХОЛАГОГУМ у капсулах містить спиртові екстракти чистотілу, куркуми та водного шпинату з доданням есенціальних фосфоліпідів, олії м'яти та куркуми. Препарат підсилює секрецію жовчі, усуває спазми сфінктерів, покращує відтік жовчі із ЖМ. Фосфоліпідні компоненти запобігають каменеутворенню. Вживають по 1 капсулі 3 рази на день під час або після їжі.

Деякі препарати рослинного походження мають і холеретичну, і холекінетичну дію.

ХОЛОГОЛ містить екстракти кореня куркуми й кори крушини, ефірні та оливкову олії. Має жовчогінну, протизапальну дію, підсилює перистальтику кишечника. Приймають по 5 крапель на цукор 3 рази на день за 30 хвил. до їжі. При сильних болях - до 20 крапель сублінгвально.

УРОЛЕСАН - комплексний препарат, містить ефірні олії (піхтову, касторову, м'яти перцевої) і екстракти шишок хмелю, насіння дикої моркви, трави материнки. Має виражену жовчогінну дію, покращує жовчоутворення, нормалізує хімічний склад жовчі.

ГЕПАБЕНЕ – комбінований препарат, рослинного походження, який містить екстракт дим'янки лікарської та екстракт плодів расторопши п'ятнистої, має жовчогінну дію, нормалізує кількість жовчі, яка секретується, має холеспазмолітичний ефект, знижує тонус сфінктеру Одді, полегшує надходження жовчі в кишечник, володіє гепатопротективною дією, а також антиоксидантною та мембраностабілізуючою активністю. Призначають по 1 капсулі 3 рази на день.

ФЕБІХОЛ – препарат на основі куркуми. Збільшує об'єм жовчі, що видаляється, та вмісту в ній холестерину та жовчних кислот. Призначають по 2 капс (200 мг) 3 рази на день

ХОФІТОЛ – препарат з артишока польового. Має жовчогінну, счогінну та гепатопротекторну дію, нормалізує процеси обміну речовин. Сприяє видаленню сечовини та токсинів. Призначають по 2 табл (0,4 г) 3 рази на день, 5 мл в/м чи в/в.

2. ХОЛЕКІНЕТИКИ

Холекінетики підвищують тонус та рухову активність ЖМ, знижують тонус загального жовчного протоку, що сприяє відтоку жовчі у дванадцятипалу кишку.

СУЛЬФАТ МАГНІЮ має виражену холекінетичну дію. З лікувальною метою приймають по 1 столовій ложці 25% розчину 3 рази на день.

СОРБІТ є найбільш потужним холекінетиком - викликає скорочення ЖМ та гладеньких м'язів ЖВШ. Застосовують 2-3 рази на день до їжі.

МАННІТ І КСИЛІТ мають подібну дію.

3. ХОЛЕСПАЗМОЛІТИКИ

Холеспазмолітики усувають спазм жовчних шляхів, сприяють надходженню жовчі у дванадцятипалу кишку.

ПЛАТІФІЛЛІНУ ГІДРОТАРТРАТ нормалізує тонус жовчних шляхів, не зменшуючи жовчоутворення.

НО-ШПА, ПАПАВЕРИНУ ГІДРОХЛОРИД, ЕУФІЛІН мають ізольовану холеспазмолітичну дію.

ДУСПАТАЛІН (мебеверин - селективний міотропний спазмолітик) має релаксуючу селективність до сфінктера Одді, нормалізуючи її вплив на мускулатуру кишечника, усуває функціональний дуоденостаз, гіперперистальтику, спазмофілію, не викликає при його гіпотонію. Призначають 200 мг 2-3 рази на день.

4. ГІДРОХОЛЕРЕТИКИ

Збільшують секрецію жовчі та розріджують її. До даної групи відносять мінеральні води, що містять сульфат магнію та натрію, які усувають застій жовчі та атонію ЖМ. Використовують мінеральні води "Єссентуки" №17 (сильно мінералізована) та №4 (слабко мінералізована), Джермук, Железноводськ, Карлови Вари, Поляна Квасова, Моршинська, Миргородська. Мінеральні води приймають по 1 склянці 3 рази на день за 30-90 хвилин до їжі у гарячому вигляді (40-45 С) для надання більш вираженого спазмолітичного ефекту. Протипоказання - гострі запальні процеси в печінці, механічна жовтяниця.

5. АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ЗАСОБИ

Застосовуються при наявності клініко-лабораторних ознак активності запального процесу у ЖМ, високому операційному ризику. Вибір антибіотиків повинен проводитися з урахуванням чутливості збудника за результатами антибіотикограми й функціонального стану печінки. Антибіотики не показані при асептичних абактеріальних холециститах.

АМПІЦИЛЛІН придушує грампозитивні коки (стафілококи, стрептококи) та ряд грампозитивних бактерій (кишечна паличка, ентерокок, протей). Ампіцилін не інактивується печінкою, не гепатотоксичний, накопичується у жовчному міхурі навіть при холестазі. Застосовують по 0,25 г 4-6 разів на день.

РІФАМПІЦИН має широкий спектр бактерицидної дії, ефективний відносно пеніциліназостійких штамів. Не гепатотоксичний, виділяється печінкою у незміненому вигляді, вибірково накопичується у жовчі, проте не проникає в жовчні шляхи при холестазі. Приймають по 0,15 г 3-4 рази на день.

ТЕТРАЦИКЛІН діє бактеріостатично на більшість грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів, вибірково накопичується у жовчі. Проте тетрациклін гепатотоксичний, пригнічує нормальну кишечну мікрофлору, порушує кишечне травлення. Препарат використовується при стійкості мікроорганізмів до менш токсичних антибіотиків, застосовують по 0,25 г 3-4 рази на день.

При неефективності моноантибіотикотерапії використовують комбінації ампіциліну з рифампіцином або рифампіцину з тетрацикліном. Тривалість лікування антибіотиками не повинна перевищувати 7-10 днів, оскільки вони мають імунодепресивну дію, викликають дисбактеріоз кишечника.

Похідні нітрофурану мають широкий спектр дії, в тому числі й на лямблії, не пригнічують імуногенез, накопичуються у жовчі.

ФУРАДОНІН, ФУРАЗОЛІДОН застосовують по 0,1 г (2 таблетки) 3-4 рази на день через 30 хвилин після їжі.

При лямбліозі призначають МЕТРОНІДАЗОЛ (ТРИХОПОЛ), фуразолідон, амінохінол.

6. АНТИГІСТАМІННІ ПРЕПАРАТИ

Застосовуються при ХХ з алергічним компонентом. Використовують дімедрол, супрастин, тавегіл, піпільфен, перітол.

7. ЛІТОЛІТИКИ

Медикаментозне розчинення каменів можливе тільки для рентгенопозитивних

холестеринових каменів, якщо камені заповнюють не більше 50% об'єму ЖМ, і діаметр кожного каменя не перебільшує 2 см.

ХЕНОФАЛЬК (ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВА КИСЛОТА, ХДХК) - препарат знижує синтез холестерину в печінці, зменшує усмоктування холестерину в кишечнику, покращує співвідношення жовчних кислот та холестерину, підвищує концентрацію жовчних кислот і знижує вміст холестерину в жовчі, підвищує холато-холестериновий коефіцієнт, знижує літогенність жовчі.

Хенофальк приймають по 1 капсулі (250 мг) вранці за 2 години до їжі та 2 капсули на ніч. Добова доза - 15 мг/кг. Тривалість курсу від 4-6 місяців до року. Побічні явища: діарея, гепатотоксична дія з підвищенням активності амінотрансфераз. Ефективність лікування оцінюється через 2 місяці після початку прийому препарату по даним ехолокації - враховують динаміку розмірів, числа, щільності конкрементів.

УРСОФАЛЬК (УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВА КИСЛОТА, УДХК, УРСОСАН, УРСОХОЛ) - має аналогічний механізм дії та показання до призначення. Побічні явища практично відсутні. Використовують капсули по 250 мг двічі на день, добова доза 10 мг/кг.

Літолітики мають велику кількість протипоказань, що дозволяє їх використовувати тільки у 15-20% хворих на ЖКХ. Протипоказання до призначення літолітиків:

- 1) рентгенопозитивні кальційвміщуючі конкременти діаметром понад 2 см;
- 2) сумарний об'єм каменів перевищує 50% об'єму ЖМ;
- 3) нефункціонуючий ЖМ;
- 4) часті жовчні коліки;
- 5) часткова обтурація ЖМ;
- 6) холедохолітіаз;
- 7) виражений холестаза;
- 8) хронічний активний гепатит, холангіт, цироз печінки;
- 9) хронічний панкреатит;
- 10) хронічний ентерит із синдромом мальабсорбції;
- 11) хронічна ниркова недостатність, цукровий діабет, вагітність.

Повне розчинення каменів спостерігається у 50% хворих, що приймали літолітики, часткове - у 30%. Після відміни препаратів рецидиви спостерігаються у половини хворих, бажана постійна підтримуюча терапія по 200-500 мг/добу.

9. СИМПТОМАТИЧНА ТЕРАПІЯ

При вираженому правосторонньому реактивному вегетативному синдромі, холецисто-кардіальному синдромі, рефлекторній стенокардії призначають гангліоблокатори: бензогексоній 2,5% 1,5-2 мл внутрішньом'язово двічі на день, пентамін 5% 1,5-2 мл внутрішньом'язово двічі на день, курс становить 2-3 тижні.

Тяжкий солярний синдром, соляральгії ліквідуються гангліоблокаторами, а також транквілізаторами (еленіум, седуксен, тазепам), периферичними М-холінолітиками (атропін, метацин, хлорозіл), ненаркотичними анальгетиками (анальгін, баралгін).

Синдром передменструального напруження коригується нейролептиками (аміназін, меллеріл).

Невротично-неврозоподібний синдром є показанням для призначення "малих" транквілізаторів та антидепресантів (амітриптилін, меліпрамін, еглоніл).

Гепатопротектори призначаються при наявності ознак реактивного гепатиту. Використовують карсил, легалон, сілібор, ліпамід, ліпоеву кислоту.

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ПРИ ЖКХ

1. **Корекція кишкового дисбіозу.** Пребіотик (дюфалак по 2-5 мл на день) в поєднанні з симбіотиком (біфіформ по 1 капс 2 рази на день)
2. **Нормалізація реології жовчі та профілактика подальшого каменеутворення:** препарати урсодезоксіхолової кислоти та дуспаталін.

ЖОВЧНА КОЛЬКА

Біль – виникає раптово, локалізація в правому підберезі або в епігастрії, іррадіює вгору та вправо, іноді в ділянку серця (холецисто-коронарний синдром). Тривалість від 15хв до 5-6 год. Якщо більше – гострий холецистит або приєднання ускладнень. Супроводжується пітливістю, вимушений положенням тіла на боці з піднятим до живота ногами. Іноді – нудота, блювота.

Чинники, що приводять до кольки – вживання жирної та жареної їжі, алкоголю, пряностей. Провокують напади – стрес, негативні емоції, фізичні навантаження, у жінок – менструація.

Біль може купіруватися самостійно.

Механізм розвитку- в результаті спастичного скорочення гладенької мускулатури ЖМ та ЖВШ при раптовому переростягуванні порожнини ЖМ внаслідок різкого підвищення внутрішньміхурового тиску (при наявності каменя на шляху відотку жовчі) або виникає рефлекторно.

Біль купірується введенням наркотичного анальгетика – промедолу.

ПОКАЗАННЯ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Планова холецистектомія показана всім хворим на калькулезний холецистит, навіть у випадках безсимптомного перебігу захворювання ("німі камені"). Оперативне втручання може бути відкладене, якщо хворий має показання й можливість для застосування літотриксів і не має протипоказань.

Показання до хірургічного лікування некалькульозного холециститу:

- 1) перихолецистит із вираженим спастичним процесом, вираженою деформацією ЖМ;
- 2) стенозуючий папіліт;
- 3) прогресуючий холецистопанкреатит;
- 4) холангіт.

Абсолютні показання:

1. Підозра на перфорацію
2. Гангрена або флегмона ЖМ
3. Явні ознаки подразнення черевини.
4. Важка інтоксикація.

В хірургічному лікуванні застосовують трип підходи:

1. Холецистектомія – лапароскопічна або відкрита
2. ЕРХПГ із сфінктеротомією (при наявності каменів в загальному жовчному протоку).
3. Екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія.

У період ремісії ХХ застосовуються фізіотерапевтичні методи лікування, до яких відносяться електролікування, бальнеотерапія, водотерапія, фітотерапія, санаторно-курортне лікування.

Хворі на ХХ знаходяться під диспансерним наглядом, проходять періодичне обстеження та профілактичне лікування. Велике значення мають профілактичні заходи, спрямовані на усунення факторів ризику цього захворювання.

ПРОФІЛАКТИКА

Усунення чинників, які сприяють застою жовчі та порушенню обміну. Рекомендується регулярне дрібне харчування з виключенням жирної та висококалорійної та багатої холестерином їжі, заняття спортом, зміна положення тіла в процесі трудової діяльності, пішохідні прогулянки, усунення закріпів, відмова від тугих ременів.

Жінкам в післяпологовому періоді корисно годувати дитину груддю, оскільки при цьому виладеться надлишковий холестерин.

Контроль початкового рівня знань по темі: «Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ), хронічний холецистит (ХХ) та функціональні біліарні порушення»

1. До основних компонентів жовчи **НЕ** відноситься:
 - А. вода
 - В. солі жовчних кислот
 - С. холестерин
 - Д. фосфоліпіди
 - Е. органічний матрикс

2. Частота виявлення жовчних каменів в популяції економічно розвинутих країн складає:
 - А. 5-10%
 - В. 10-15%
 - С. 15-20%
 - Д. 20-25%
 - Е. 40-60%

3. Холестеринові камені виникають у хворих:
 - А. цирозом печінки
 - В. з перенасиченою жовчю холестерином
 - С. в похилому віці
 - Д. з інфекціями жовчних шляхів
 - Е. з панкреатитом

4. Чорні пігментні камені виникають у хворих:
 - А. з гемолітичними захворюваннями
 - В. з гіпертриглицеридемією
 - С. після хірургічних маніпуляцій на жовчних шляхах
 - Д. з накопиченням нерозчинного білірубіну в жовчі
 - Е. з кровотечею

5. Коричневі пігментні камені, які складаються з білірубінату кальцію виникають у хворих:
 - А. з перенасиченою жовчю холестерином
 - В. з накопиченням нерозчинного білірубіну в жовчі
 - С. з гемолітичними захворюваннями
 - Д. з гіпертриглицеридемією
 - Е. з інфекціями жовчних шляхів

6. Перелічте етіологічні фактори виникнення хронічного холециститу.
 - А. ожиріння;
 - В. порушення ліпідного обміну;
 - С. дискінезія жовчного міхура;
 - Д. дисфункція вегетативної нервової системи;
 - Е. усі приведені.

7. Який з патогенетичних механізмів найбільше часто зустрічається при формуванні хронічного холециститу?
 - А. бактеріальний;
 - В. вірусний;
 - С. лямбліозний;
 - Д. асептичний;

- Е. зв'язаний з порушенням ліпідного обміну.
8. Які клінічні симптоми характерні для холециститу?
- А. болючий;
 - В. усі перераховані;
 - С. диспептичний;
 - Д. солярний;
 - Е. предменструальної напруги.
9. Чим обумовлений синдром предменструальної напруги?
- А. підвищенням рівня естрогенів;
 - В. зниженням рівня катехоламінів;
 - С. підвищенням змісту глюкокортикоїдів;
 - Д. зниженням рівня естрогенів;
 - Е. зниженням рівня глюкокортикоїдів.
10. З чим зв'язане виникнення холецисто-кардіального синдрому?
- А. приступом стенокардії;
 - В. рефлексорними імпульсами із сонячного сплетення;
 - С. роздратуванням n. frenicus;
 - Д. роздратуванням n. vagus;
 - Е. поразкою симпатичного шийного ганглія.

Контроль кінцевого рівня знань по темі: «Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ), хронічний холецистит (ХХ) та функціональні біліарні порушення»

1. Поняття “солярний синдром” при хронічному холециститі це:
 - А. болю в правому підребер'ї;
 - В. болю в лівому підребер'ї;
 - С. кардіалгії;
 - Д. болю в правому плечі;
 - Е. біль під мечоподібним відростком.
2. Чим виявляється диспептичний синдром при хронічному холециститі?
 - А. печією, нудотою;
 - В. гіркотою в роті;
 - С. однократною блювотою, що приносить полегшення;
 - Д. повторною блювотою, що не приносить полегшення;
 - Е. рясним рідким випорожненням.
3. Чим обумовлений тривалий тупий біль у правому підребер'ї при хронічному холециститі?
 - А. дискинезією жовчного міхура по гіпермоторному типу;
 - В. дискинезією жовчного міхура по гіпомоторному типу;
 - С. наявністю каменів у жовчному міхурі;
 - Д. супутнім хронічним панкреатитом;
 - Е. супутнім гастродуоденітом.
4. Який характер болючого синдрому при дискинезії жовчного міхура по гіпермоторному типу?
 - А. тривала монотонна;
 - В. схваткоподібна;
 - С. “морфіноподібна”;
 - Д. помірна ниюча;
 - Е. тупа, що давить.
5. Який подразник використовують для одержання жовчі при багатомоментному фракційному дуоденальному зондуванні?
 - А. гістамін;
 - В. холецистокінін-панкреазимін;
 - С. сірчанооксида магнезія;
 - Д. еуфілін;
 - Е. кофеїн.
6. Про що свідчить відсутність контрасту в жовчному міхурі при проведенні пероральної холецистографії?
 - А. дискинезії жовчного міхура по гіпомоторному типу;
 - В. дискинезії жовчного міхура по гіпермоторному типу;
 - С. активності процесу;
 - Д. супутньому панкреатиті;
 - Е. порушенні відтоку з жовчного міхура.
7. Які фактори сприяють каменеутворенню в жовчному міхурі?
 - А. спадкоємна схильність;
 - В. усі перераховані;
 - С. ожиріння;

- Д. хронічний холецистит;
- Е. порушення ліпідного обміну

8. При гіперкінетичній дискінезії ЖМ не буває
- А. блювання жовчу
 - В. Нудоти
 - С. Закрепів
 - Д. Болів в правому підребері після жираної хжі
 - Е. Лейкоцитозу
9. Механічна жовтяниця при ЖКХ виникає у випадках:
- А. блокуванні ЖМ в ділянці шийки
 - В. закупорки міхурового протока
 - С. закупорки загального жовчного протока
 - Д. закупорки панкреатичного протока
 - Е. закупорки печінкового протока
10. Протипоказанням щодо призначення холеретиків є:
- А. підвищення температури тіла
 - В. закреп
 - С. активний гепати
 - Д. дискінезія сфінктера Одді
 - Е. гіпотонів кишечника

Ситуаційні завдання.

1. Хвора, 44 роки, скаржиться на біль, що періодично виникає в надчревній ділянці та іррадіює в праве плече, періодичну жовтяницю з підвищенням температури тіла, металевий присмак в роті. Ці скарги виникають після переїдання, їзди в транспорті. Об'єктивно: хвора має надмірну масу тіла, склери іктеричні, локальна болючість в правому підребер'ї, позитивні симптоми Кера, Ортнера. У крові: підвищений вміст прямого білірубіну. Який найбільш імовірний діагноз?
A. Дискінезія жовчного міхура
B. ЖКХ.
C. Хронічний панкреатит
D. Виразка шлунка
E. Діафрагмальна грижа
2. Жінку, 58 років, доставлено в клініку з інтенсивним болем у верхній частині живота, який виник раптово після вживання смаженої картоплі, супроводжувався нудотою, одноразовим блюванням. Біль тривав біля години, до приїзду бригади швидкої допомоги минув самостійно. В анамнезі: холецистит. Об'єктивно: пульс – 92 за 1 хв. Живіт здутий, бере участь акті дихання, помірно болючий та напружений під час пальпації у правому підребер'ї. Яка найбільш імовірна причина абдомінального болю?
A. Інфаркт міокарда
B. Гострий холангіт
C. Гострий панкреатит
D. Жовчна колька.
E. Перфорація виразки шлунка
3. Жінка, 55 років, скаржиться на біль у правому підребер'ї з іррадіацією під праву лопатку, пов'язаним із вживанням жирної їжі, нудоту, поганий сон. Хворіє на хронічний холецистит протягом 12 років. Об'єктивно: помірний метеоризм, болючість у точці проекції жовчного міхура, позитивний симптом Ортнера. температура – $37,7^{\circ}\text{C}$. у крові: л. – $12,7 \cdot 10^9$ /л, п. – 16%, ШОЕ – 27 мм/год. Під час мікроскопічного дослідження другої порції дуоденального вмісту виявлено багато слизу, клітин десквамованого епітелію, лейкоцитоди. Який антибактеріальний препарат найдоцільніше призначити хворій?
A. Ампіцилін.
B. Пеніцилін
C. Нітроксалін
D. Ристоміцин
E. Левоміцетин.
4. Жінка, 29 років, скаржиться на постійний ниючий біль, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, іноді гострий біль з іррадіацією в спину, нудоту, гіркоту в роті, печію, яка посилюється ближче до вечора. Ці скарги з'явилися з 28 тижня вагітності. Об'єктивно: болючість під час пальпації в надчревній ділянці та правому підребер'ї, особливо в проекції жовчного міхура. Раніше холецистографія не виявляла тіні міжура. Який найбільш імовірний діагноз?
A. Гострий панкреатит
B. Жовчнокам'яна хвороба
C. Гострий гастрит
D. Дискінезія жовчних шляхів.
E. Виразкова хвороба шлунка

5. Жінка, 46 років, скаржиться на тупий біль в правому підребер'ї, загальну слабкість, швидку стомлюваність, свербіж шкіри, періодичні озноб протягом 3 років. Біль іноді буває нападоподібний, супроводжується підвищенням температури тіла та посиленням свербіжу. Об'єктивно: іктеричність склер, температура – $37,5^{\circ}\text{C}$, живіт помірно здутий, болючий у правому підребер'ї, печінка на 3 см виступає з-під краю ребрової дуги, щільна, болюча. Селезінка не пальпується. У крові: Нв – 121 г/л, л. – $11 \cdot 10^9$ /л, п. – 14%, ШОЕ – 30 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гемолітична анемія**
- B. Хронічний холецистит**
- C. Хронічний холангіт**
- D. Хронічний гепатит**
- E. Цироз печінки**

6. Хвора, 34 роки, скаржиться на ниючий біль у правому підребер'ї, який посилюється після вживання жирної та смаженої їжі, гіркоту в роті. Хворіє 9 років. Об'єктивно: хвора підвищеного харчування, шкіра звичайного кольору, визначається помірний біль у правому підребер'ї, позитивний симптом Мюсі-Георгієвського. Печінка не збільшена. Результати багатомоментного фракційного дуоденального зондування: отримана жовч з міхура об'ємом 85 мл протягом 55 хв, під час мікроскопічного дослідження визначаються лейкоцити. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний холецистит з дискінезією за гіпомоторним типом.**
- B. Жовчнокам'яна хвороба**
- C. Дискінезія жовчного міхура**
- D. Хронічний холецистит з дискінезією за гіпермоторним типом**
- E. Рак жовчного міхура**

7. Хвора, 35 років, прокинулася вночі від раптового, різкого болю в правому підребер'ї, що іррадіював в праву лопатку. Біль супроводжувався нудотою та повторним блюванням. Симптоми Кера та Мерфі позитивні. Що з перерахованого є найбільш ефективним для купірування нападу?

- A. Анестезин**
- B. Морфін**
- C. Атропін.**
- D. Метоклопрамід**
- E. Промедол**

8. Жінка, 48 років, звернулася до лікаря зі скаргами на нападоподібний біль у правому підребер'ї, нудоту. На 2-й день з'явилась жовтяниця. Подібні напади з рецидивуючою жовтяницею повторювалися двічі протягом 1,5 року. Об'єктивно: жовтяничність склер, язик сухий, живіт хдутия, болючий у зоні Шоффара, позитивний симптом Ортнера. У крові: л. $10,0 \cdot 10^9$ /л, п. – 16%, ШОЕ – 25 мм/год. Яке додаткове дослідження найбільш доцільно провести для встановлення діагнозу?

- A. Лапароскопію**
- B. УЗД черевної порожнини.**
- C. Дуоденальне зондування**
- D. Холецистографію**
- E. Оглядову рентгенограму черевної порожнини**

9. Жінку, 34 років, доставлено в клініку зі скаргами на нападоподібний біль у правому підребер'ї, який розвинувся після стресової ситуації. Подібні напади

повторювались і раніше протягом року. Об'єктивно: стан задовільний, збуджена. Живіт м'який, незначно болючий у ділянці жовчного міхура. З боку крові, легень, серця та під час УЗД змін не виявлено. Було припущено, що у хворої – гіпертонічно-гіперкінетична форма дискінезії жовчновивідних проточків. Призначено дуоденальне зондування. Які зміни під час дуоденального зондування дозволять підтвердити попередній діагноз?

- A. Скорочення часу III фази.**
- B. скорочення часу II фази**
- C. Подовження часу II фази**
- D. Збільшення об'єму жовчі в порції B**
- E. Неповне опорожнення жовчного міхура**

10. Жінка, 52 років, звернулася до лікаря за порадою, на який курорт їй краще поїхати лікуватися. протягом 10 років перебуває на диспансерному спостереженні з приводу хронічного некалькульозного холециститу. Останнє загострення виникло 5 міс тому. Непокій іноді ниючий біль у правому підребер'ї, закрепи, температура тіла нормальна. Об'єктивно: стан задовільний. Живіт м'який, чутливий у правому підребер'ї. Печінка не пальпується. На який курорт доцільно направити хвору?

- A. Хмільник**
- B. Миргород**
- C. Євпаторія**
- D. Моршин**
- E. Немирів.**

ВІРНІ ВІДПОВІДІ НА ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ ПО ТЕМІ
«Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ), хронічний холецистит (ХХ) та функціональні
біліарні порушення»

Початковий рівень знань

1. Е	6. Е
2. В	7. Д
3. В	8. В
4. А	9. А
5. В	10. В

Кінцевий рівень знань

1. Е	6. Е
2. Д	7. В
3. В	8. Е
4. В	9. С
5. С	10. С

Ситуаційні завдання

1. В	6. А
2. Д	7. Е
3. А	8. Б
4. В	9. С
5. С	10. Д

Контрольні питання.

1. Дати визначення ХХ, ЖКХ, дискінезії.
2. Основні клінічні синдроми при ЗЖВШ.
3. Характеристика фізикального обстеження хворого на ХЖВШ.
4. Назвати методи діагностики хронічного панкреатита.
5. Назвати типи дискінезій ЖВШ та сфінктера Одді.
6. Назвати класифікацію ХХ, ДЖВШ.
7. Назвати особливості перебігу ДЖВШ.
8. Назвати ускладнення ЖКХ та ХХ.
9. Назвати причини розвитку ХХ, ЖКХ та особливості захворювання в залежності від етіологічного фактору.
10. Назвати патогенез ХХ.
11. Принципи лікування ДЖВШ, ХХ, ЖКХ.
12. Медикаментозна терапія при ХХ, ЖКХ.
13. Показання до хірургічного лікування.
14. Профілактика ХХ, ЖКХ

Практичні завдання.

1. Провести курацію хворих з ХЖВШ.
2. Дати інтерпретацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпретацію отриманим інструментальним методам дослідження
4. Виписати рецепти щодо лікування ХЖВШ.

Протокол клінічного розбору хворого (єдина форма)

П.І.П пацієнта _____

Вік _____ професія _____

Скарги хворого _____

Anamnesis morbi

Вважає себе хворим з _____, коли вперше з'явились _____

Останнє загострення з _____

Anamnesis morbi

Результати фізикального обстеження хворого:

Попередній діагноз:

План обстеження:

Результати додаткових методів дослідження:

Обґрунтування клінічного діагнозу:

Клінічний діагноз:

Основне

захворювання _____

Супутнє захворювання

Ускладнення

Лікування:

1. Режим _____
2. Дієта _____
3. _____
4. _____
5.

Матеріали, які необхідні для самопідготовки

1. В.Г.Передерій, С.М.Ткач. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб в 2-х томах. Київ, Манускрипт, 1998.
2. Хворостинка В.Н., Яблчанский Н.И, Панчук С.Н, Пасиешвили Л.М.. Терапевтическая гастроэнтерология. Харьков, Основа, 1999, 368 с.
3. Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения.- К.: Демос, 2000,- 412 с
4. Ш.М.Ганджа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба та ін. Внутрішні хвороби. К.: Здоров'я, 2002. – 992 с.
5. Н.І.Швец, А.В.Пидаев, Т.М.Бенца та ін. Еталони практичних навиків з терапії. Київ, Главмеддрук, 2005, 540 с.
6. Н.И.Швец, А.В.Пидаев, Т.М.Бенца и др. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины. Киев, 2006. – 752 стр.
7. Остапенко В.Г., Жмудиков Ф.М. Острые заболевания живота. – М: Беларусь, 1993. – 432 с.
8. Конден Р., Найхус Р. Клиническая хирургия, пер. с англ. – М., Практика, 1998. – 716 с.
9. Малая Л.Т., Хворостинка В.Н. Терапия: Рук-во для студентов и врачей-интернов.- Х.: Факт, 2001.- 1032 с.
10. Хворостинка В.М., Моїсеєнко Т.А., Журавльова Л.В. Факультетська терапія: Підручник-Х.:Факт, 2000,-888 с.
11. Захворювання органів травлення : Навчальний посібник у схемах і таблицях /За ред. В.М. Хворостинки.- Х.: Факт, 2001.-239 с.
12. Малая Л.Т., Хворостинка В.Н. Терапия. Заболевания органов дыхания. Заболевания органов пищеварения. Заболевания почек. Иммунология. Аллергические заболевания. Системные заболевания соединительной ткани. Заболевания системы крови: Руководство для врачей-интернов и студентов. – 2-е изд. , испр. и доп. –Харьков: Фолио, 2005.-879 с.