

Сучасні підходи до діагностики та ведення хворих на хронічний некалькульозний холецистит на первинному рівні медичної допомоги

Л.В. Хіміон¹, О.Б. Яценко¹, С.В. Данилюк¹, Т.О. Ситюк¹, Н.В. Кіча¹, Т.М. Будько²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²КЗ КОП «Київська обласна клінічна лікарня»

У статті наведені основні етіологічні чинники, діагностичні критерії і тактика ведення пацієнтів із хронічним некалькульозним холециститом в умовах первинної ланки медичної допомоги. Сформульований алгоритм дії лікаря загальної практики—сімейної медицини при веденні пацієнтів із хронічним некалькульозним холециститом. Наведені основні напрямки первинної та вторинної профілактики даної патології сімейним лікарем.

Ключові слова: хронічний некалькульозний холецистит, діагностичні критерії, тактика лікування, первинна ланка медичної допомоги.

На сьогодні хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) посідає центральне місце серед захворювань гепатобіліарної зони. В індустріально розвинених країнах на хронічний холецистит (ХХ) страждає понад 10–20% дорослого населення. За даними низки вітчизняних авторів, на ХНХ хворіють 17–19% пацієнтів гастроентерологічного профілю в міських поліклініках, 11–16% – у сільських та 13,8% – у клінічних відділеннях лікарень. Проблема профілактики, своєчасної діагностики та ефективності лікування хворих на ХНХ має важливе соціальне та економічне значення.

ХНХ уражає людей працездатного віку, пов'язаний із значним зниженням якості життя, має схильність до рецидивів і вимагає тривалих повторних курсів лікування та необхідність постійного диспансерного спостереження значних витрат ресурсів охорони здоров'я. Щорічно у нашій країні виконують біля 500 тис. холецистектомій, що характеризує цей вид оперативного втручання другим за частотою після апендектомій. При цьому жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) діагностують до 75 років у 35% жінок та 20% чоловіків. Спостерігається тенденція до зростання кількості ускладнень ХНХ, а саме ЖКХ.

Жінки страждають на ХНХ у 2–3 рази частіше, ніж чоловіки, а серед хворих на ЖКХ це співвідношення збільшується у 6–7 разів.

ХНХ – це хронічне рецидивуюче захворювання жовчного міхура (ЖМ), що вражає його стінки переважно у ділянці шийки, спричинює функціональні порушення його мускулатури, сфінктерного апарату, циркуляції жовчі, а також зміни її фізико-хімічних властивостей і біохімічної структури.

Головну роль у розвитку ХНХ відіграють збудники інфекцій, зокрема кишкова паличка, ешеріхії, стрептококи, стафілококи, рідше – протей і синьогнійна паличка. Причиною ХНХ також можуть бути паразитарні інвазії (лямблії, опісторхії, стронгілоїди, клонорхії).

Формуванню ХНХ передують комплекс екзогенних та ендогенних факторів, що призводять до порушення функціонування місцевих і загальних регуляторних механізмів, розвитку функціональних розладів і структурної дезорганізації ЖМ.

Серед **екзогенних етіологічних факторів** ХНХ доведений вплив шкідливих звичок, зокрема:

1. Паління.

2. Тривалі психотравмуючі ефекти. На функціональні розлади ЖМ значною мірою впливають психотравмуючі факто-

ри, що призводять до розвитку психозів і неврозів, особливо у дитячому віці. Припускають, що саме дитячі психогенні та невротичні стани стають вагомою причиною розвитку дискінезій жовчного міхура і жовчовивідних шляхів.

3. Нераціональне харчування. Хаотичне споживання їжі, зловживання жирними та смаженими стравами, часте вживання алкогольних напоїв.

4. Часті пологи. Зниження тонуусу черевної стінки і внутрішньочеревного тиску у жінок призводять до порушення моторики ЖМ, що підвищує ризик розвитку ХНХ. Водночас під час вагітності підвищується рівень естрогенів, що негативно позначається на жовчовидільній функції.

5. Застосування гормональних контрацептивів.

6. Швидке схуднення.

7. Гіподинамія.

До **ендогенних етіологічних факторів** належать:

1. Дискоординація нейрогуморальних і гормональних механізмів регуляції функцій біліарної системи з моторно-тонічним порушенням ЖМ і сфінктерів жовчовивідних шляхів (ЖВШ).

2. Дисхолія, або дискринія (порушення біохімічних або фізико-хімічних властивостей жовчі), що успадковується генетично або розвивається внаслідок тривалого застою жовчі у ЖМ. Дисхолія має безпосередню ушкоджуючу дію на інтрамуральний нервовий апарат ЖМ та його слизову оболонку, що призводить до його асептичного (немікробного) запалення.

3. Ожиріння та дисліпідемія.

4. Зниження імунної реактивності організму шляхом зменшення вмісту ІgА у жовчі, зниження фагоцитарної активності нейтрофілних гранулоцитів та макрофагів. Імунну перебудову зумовлюють тривала нераціональна антибіотикотерапія та лікування глюкокортикоїдними препаратами.

5. Інфекційні агенти. Незважаючи на залежність загострення ХНХ від перенесених інфекційних хвороб (вірусного гепатиту, дизентерії, сальмонельозу), в останні роки роль інфекційного фактора у генезі ХНХ має другорядне значення. Це пояснюється тим, що бактеріальне запалення частіше «накладається» на асептичний запальний процес.

Встановлено, що міхурова жовч у 30,0–68,0% хворих на ХНХ стерильна: мікроорганізми, що потрапляють у біліарний тракт, у багатьох випадках гинуть. Лише у разі поєднання декількох патогенних факторів, а саме: застою жовчі, порушенні її бактеріостатичних властивостей, нейрогенної дистрофії тканин ЖМ розвивається мікробне запалення.

Класифікація хронічного холециститу
(член-кор. НАМН України, проф. Н.В. Харченко та ін., 2015 р.)

За ступенем тяжкості:

- легкий;

- середнього ступеня тяжкості;

- тяжкий перебіг.

За характером клінічних проявів:

- типовий;
- атипівий (кардіологічна, ревматоїдоподібна, виразково-подібна, поперекова та інші форми).

За стадіями захворювання:

- загострення;
- затухаючого загострення;
- ремісії.

За функціональним станом жовчних шляхів:

- з дисфункцією жовчного міхура за гіпотонічним типом;
- з дисфункцією жовчного міхура за гіпертонічним типом;
- з дисфункцією за змішаним типом (дисфункція жовчного міхура у поєднанні з порушеннями тонуусу сфінктера Одді – гіпертонією або гіпотонією).

За наявністю ускладнень:

- неускладнений;
- ускладнений (перихолецистит, холангіт, панкреатит, реактивний неспецифічний гепатит та ін.).

За супутніми паразитарними захворюваннями:

- лямбліоз;
- опісторхоз та ін.

Правильно зібраний анамнез при ХНХ має не менше значення, ніж лабораторне та інструментальне обстеження. Найбільш характерні такі синдроми: больовий, диспепсичний та астено-невротичний.

Больовий синдром. Для ХНХ характерний тупий біль у правому підбер'ї, часто ниючий, що посилюється або виникає через 2–3 год після споживання їжі та поширюється в праву лопатку і праве плече. Біль виникає після вживання гострих, жирних, смажених страв. Іноді хворі характеризують больові відчуття як важкість у правому підбер'ї.

Серед характерних **диспепсичних проявів** характерно відчуття постійної гіркоти у роті і «гіркі» відрижки, які частіше спостерігаються при гіпотонічній дискінезії і застої жовчі. Вони можуть супроводжуватися блюванням жовчю (приблизно у 30% хворих), здуттям живота, закрепамі або проносами, іноді констатують шкірний свербіж (наприклад, при спазмі сфінктера Одді). Лихоманка відзначається загалом у разі загострення запального процесу і зазвичай не перевищує субфебрильних цифр.

Характерними симптомами також є підвищена дратівливість, неврозоподібні стани, стомлюваність, порушення сну, літливості, відчуття перебоїв у роботі серця.

Загальний огляд: хворий може бути блідий, без іктеричного забарвлення склер та жовтяниці, можливий неприємний запах з рота, язик найчастіше вкритий жовто-коричневим нальотом.

При пальпації виявляють наступні симптоми:

- позитивна ознака Василенко (різка болочість при постукуванні в ділянці ЖМ на висоті вдиху);
- Образцова-Мерфі (підсилення болю в ділянці правого підбер'я при натискуванні на передню черевну стінку в проекції ЖМ під час глибокого вдиху при втягнутому животі; при цьому хворий припиняє вдих через посилення болю);
- Ортнера (болочість при постукуванні по краю правої реберної дуги);
- симптом Захар'їна (болочість при постукуванні чи натисканні в ділянці проекції ЖМ);
- симптом Георгієвського-Мюссі або френікус симптом (різка болочість при натисканні між ніжками кивального м'яза);
- симптом Кера (виникнення або посилення болю під час вдиху при пальпації в точці ЖМ).

Необхідні лабораторні обстеження:

- Загальний аналіз крові: може бути без особливостей, але може спостерігатися помірний лейкоцитоз, зсув вліво з підвищенням паличкоядерних лейкоцитів, прискорення ШОЕ.

- Загальний аналіз сечі: частіше за всього у нормі, але можна виявити позитивну реакцію на білірубін (при ускладненні ХХ обтураційною жовтяницею).
- Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін дещо підвищений за рахунок прямої фракції, гіперхолестеринемія, незначне підвищення рівня АлАТ, АсАТ за наявності реактивного гепатиту.
- Вміст сіалових кислот, серомукоїду, фібрину, альфа2-глобулінів, можливо гама-глобулінів підвищений при загостренні запального процесу.
- Імуноферментний аналіз для виявлення гельмінтів: опісторхоз, лямбліоз, токсокароз, аскаридоз.
- Мікроскопічне та бактеріологічне дослідження жовчі.
- Зміни показників дуоденального зондування (порції «В» жовчі), характерні для ХХ: виявлення вираженого помутніння, пластівців слизу, наявність у великій кількості лейкоцитів, клітин циліндричного епітелію, зниження рН і відносної густини міхурової жовчі, поява кристалів холестерину і кальцію білірубінату.
- Біохімічне дослідження жовчі: підвищена кількість муцинових речовин, глікопротеїнів, зниження вмісту жовчних кислот, холато-холестеринового коефіцієнту, ліпідного комплексу, збільшення вмісту перекисів ліпідів.

Необхідні інструментальні дослідження:

- УЗД черевної порожнини: виявляють потовщення стінок ЖМ більше 4 мм – основний діагностичний УЗ-критерій, застій та згущення жовчі – «сладж», наявність каменів у ЖМ, деформацію ЖМ, «відключений» ЖМ.
- УЗД з жовчогінним сніданком для виявлення супутньої дискінезії ЖМ;
- Дуоденальне зондування (проводиться тільки за відсутності ЖКХ) з мікроскопією та посівом жовчі.
- Пероральна холецистографія виявляє порушення концентраційної здатності і рухової функції ЖМ (різке сповільнення випорожнення ЖМ), деформацію ЖМ (нерівність контурів внаслідок перихолецистититу).
- Внутрішньовенна холангіохолецистографія дає чітке зображення ЖМ і жовчних протоків.
- Іноді застосовують ендоскопічну ретроградну холангіографію, лапароскопічну холангіохолецистографію.
- Комп'ютерна томографія застосовують при підозрі на рак ЖМ, при алергії на йодовмісні препарати. Дозволяє визначити положення, розміри, форму ЖМ, товщину його стінки.
- ЕФГДС.
- ЕКГ.

Критерії діагностики:

1. Виявлення при УЗД: потовщення стінки ЖМ понад 4 мм – основний діагностичний УЗ-критерій застою та згущення жовчі – «сладжу», наявності каменів в ЖМ, деформації ЖМ, «відключеного» ЖМ.
2. Виявлення ознак запалення при мікроскопії та посіві жовчі під час дуоденального зондування.

Необхідні консультації суміжних спеціалістів:

- гастроентеролога для диференціювання з іншими захворюваннями травного тракту;
- хірурга з метою уточнення необхідності хірургічного лікування;
- онколога – при виявленні новоутворення у ЖМ або жовчовивідних шляхах;
- психотерапевта – за наявності симптомів психопатії, лабільності характеру, синдрому психоемоційного перезбудження.

Слід диференціювати ХНХ насамперед з дискінезією жовчних шляхів, синдромом подразненого кишечника, хронічним

правостороннім піелонефритом, правосторонньою плевропневмонією, гострою кишковою непрохідністю, раком товстого кишечника та іншими захворюваннями.

Дискінезія жовчних шляхів. Симптоматика дискінезії ЖВШ відзначається різноманітністю клінічних проявів і одночасно їхньою недостатньою інформативністю, відсутністю окремих патогномонічних ознак. При гіпертонічній формі дискінезії хворих турбує періодичний або постійний біль у правому підребер'ї, який нерідко набуває характеру печінкової кольки. Проте інтенсивність його нижча, колька не довготривала, блювання частіше одноразове і зменшує больові відчуття. Напад болю нерідко проходить спонтанно, полегшують стан грілка і спазмолітичні препарати. При пальпації живіт м'який, помірно болючий, без чіткої локалізації болю. У худорлявих хворих іноді вдається пропальпувати збільшений, неболючий, м'яко-еластичної консистенції ЖМ, який може «зникати» (випорожнюватися) під час пальпації. На сонограмі відсутні ознаки запалення ЖМ і конкременти. Диференційна діагностика з дискінезією жовчних шляхів не завжди легка, але завжди відповідальна, враховуючи те, що при цьому захворюванні оперативне лікування не показано.

При **синдромі подразненого кишечника** біль нагадує кишкову кольку, його локалізація відбувається у нижніх відділах живота, часто супроводжується метеоризмом, закрепам з виділенням великої кількості слизу. Для нього не характерні такі симптоми, як блювання та підвищення температури тіла.

Хронічний правобічний піелонефрит – біль зазвичай локалізований у ділянці нирок або по середній лінії живота в параумбілікальній ділянці. Найбільш часто біль іррадіює у пахову область або по передній поверхні стегна. Больовий синдром часто супроводжується підвищенням температури та дизуричними явищами. У клінічному аналізі сечі виявляють прояви сечового синдрому у вигляді протеїнурії, лейкоцитурії, бактеріюрії, гематурії у різному поєднанні.

Правобічна нижньоболдова плевропневмонія характеризується гострим початком, якому можуть передувати вірусні інфекції, переохолодження. Серед клінічних проявів поряд з легеневиими симптомами (біль у грудній клітці та правому підребер'ї, задишка, кашель) є й ознаки інтоксикації: підвищення температури тіла до 38–40 °С, лихоманка, пітливість, тахікардія. Хворі займають вимушене положення – лежать на ураженому боці, риси обличчя загострені, гіперемія щок на стороні враження, поверхневе часте дихання, ніздрі роздуваються при диханні, дифузний ціаноз, сухий кашель. Права половина грудної клітки відстає при диханні, при перкусії легень – притуплення на боці поразки, при аускультатії – різні дихальні шуми, що залежать від стадії захворювання (крепітація, вологі хрипи, шум тертя плеври). У диференційному плані питання вирішує рентгенологічне дослідження органів грудної клітини, за якого визначається інфільтрація легеневої тканини у межах частки легені чи/та ознаки плевриту.

Для **гострої кишкової непрохідності** характерними симптомами є: диспепсичні явища (блювання, затримка випорожнень і газів), переймоподібний біль, нормальна на початку температура тіла або 38–40 °С – при ускладненні перитонітом. Симптом подразнення очеревини виражений слабо, позитивні симптоми Валя (фіксована і розтягнута у вигляді балона петля кишківника), Ківуля (тимпанічний звук з металевим відтінком), Мондора (ригідність черевної стінки), симптом «Обухівської лікарні», «Грбової тиші». Симптоми подразнення очеревини виявляють через 12 год після початку перитоніту. Рентгенологічні ознаки: виявляють окремі петлі кишечника, що заповнені рідиною і газом, чаші Клойбера, дугоподібно або вертикально розташовані петлі тонкої кишки роздуті газом (симптом «органних труб»).

Рак товстого кишечника (правобічне ураження). Біль у правому підребер'ї постійний, ниючого і давлючого характеру, без іррадіації вгору і вправо, порушення калу у вигляді закрелів, або діареї, зниження маси тіла за короткий період часу, загаль-

на слабкість, швидка втомлюваність. Частий симптом – анемія. Діагноз уточнюється при фіброколоноскопії.

Лікування

Алгоритм надання допомоги хворим із ХНХ (Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271) включає у період загострення:

- дотримання домашнього режиму на 7–10 днів,
- у перші два дні рекомендують тепле пиття до 3–5 склянок на день невеликими дозами: неміцний солодкий чай, розведений наполовину водою, відвар шипшини;
- з третього дня дієта № 5;
- харчування часте (5–6 разів на добу) малими порціями.

Основною метою терапії є ліквідація інфекції, зменшення запального процесу в жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах, відновлення їхньої моторної та евакуаторної функції, покращення реологічних властивостей жовчі.

При вираженому больовому синдромі значній пальпаторній та перкуторній болючості, підвищенні температури тіла і гіпертонічній дискінезії ЖМ рекомендовано:

- периферійні М-холінолітики (1,0 мл атропіну сульфат або метацину, 1,0 мл 0,2% розчину платифіліну гідротартрат) підшкірно або внутрішньом'язово;
- міотропні спазмолітики (2,0 мл 2% розчину папаверину або 2,0 мл 1% розчину но-шпи);
- анальгетики (50% розчин анальгіну 1,0–2,0 мл чи баралгіну 2,0–5,0 мл внутрішньом'язово). Периферійні М-холінолітики і міотропні спазмолітики ефективні загально при гіпертонічних типах дискінезії ЖМ;
- антибактеріальна терапія у період загострення призначається тоді, коли встановлено бактеріальну природу хвороби, наявні клінічні та лабораторні дані, що підтверджують активність запального процесу в ЖМ. Вибір антибактеріального препарату визначається його здатністю концентруватися в жовчі. Антибактеріальна терапія призначається на 5–7–10 днів при середньому та важкому перебігу захворювання та при приєднанні холангіту.

Антибактеріальна терапія включає призначення одного з антибіотиків:

- ампіциліну – по 0,5 г 4–6 разів на добу per os чи внутрішньом'язово;
- оксациліну – по 0,5 г 4–6 разів на добу, внутрішньом'язово;
- ампіокс – по 0,5 г 4 рази на добу per os або внутрішньом'язово;
- еритромицину – по 0,25 г 4 рази на добу;
- еріцикліну – по 0,25 г через кожні 4–6 год;
- лінкоміцину – по 0,5 г 3 рази на добу per os або по 1,0 мл 30% розчину 3 рази на добу внутрішньом'язово;
- доксациліну (віброміцину) – по 0,10 г 2 рази на добу per os 7–10 днів;
- цефалоспориної (кефзол) – по 0,5–1 г внутрішньовенно кожні 8 год, клафоран внутрішньом'язово – по 2,0 г 2 рази на добу, асетіл (зіннат) – по 250–500 мг 2 рази на добу після їди протягом 10–14 днів, ципрофлоксацин, офлоксацин per os 500–750 мг 2 рази на добу протягом 10 днів;
- септрим (бактрим, кло-тримазол), сульфамон per os по 480–960 мг 2 рази на день з інтервалом 12 год протягом 10 днів.

У разі незначного загострення процесу можна призначати похідні нітрофурану (фурадонін, фуразолідон) по 0,1–0,15 г чотири рази на добу.

Антибактеріальні засоби доцільно поєднувати з жовчогінними засобами, що мають бактеріоцидну і протизапальну дію, зокрема – цикваломом по 0,1 г 4 рази на день.

За наявності ознак гіпотонії ЖМ рекомендовано жовчогінні препарати, вибір яких залежить від стадії запального процесу та типу дискінезії.

При загостренні призначають препарати, що мають проти-запальну й антимікробну дію, надалі – засоби, що стимулюють

утворення печінкою жовчі (холеретики): хологон, дехолін, алахол, любіл, безсмертник, фламін, м'ята перцева, холосас); препарати, що стимулюють жовчовиділення (холекінетики): ксиліт, сорбіт, піжма, маслинова олія (при гіпотонічній дискінезії).

У разі виявлення в жовчі паразитів проводять специфічну терапію:

- при опісторхозі, фасціольозі, клонорхозі призначають хлоксіл у порошку по 2 г на 1/2 стакана молока, 3–5 разів протягом 2 днів;
- при стронгілоїдозі, тріхоцефальозі, анкілостомозі – вермокс по 1 таблетці 3 рази на день, 3 дні, з повторенням курсів через 2–4 тиж;
- при лямбліозі – фуразолідон по 0,15 г 4 рази на день, чи фазижин по 2,0 г одноразово, або тріхопол (флагіл, метронідазол) по 0,25 г 3 рази на день, 5–7 днів, чи амінохінолін по 0,1 г 3 рази на день 5 днів.

У період ремісії хворим ХНХ показані холеретичні і холецистокінетичні засоби, зокрема препарати, що містять жовчні кислоти (хологон – по 0,2–0,4 г 3 рази на день, аллохол – по 1–2 таблетки 3–4 рази на день, холензим – по 0,3 г 3 рази на день, холерин – по 0,15–0,30 г 3 рази на день, любіл – по 0,2 г 3 рази на день під час їди, 10–14 днів).

Також можна призначати синтетичні холеретики (нікодин, цикалон, оксифенамід (по 2 таблетки 3 рази на день перед їжею, 10–14 днів).

З метою холеретичного ефекту можна використовувати рослинні препарати, що містять ефірні олії, смоли, флавоноїди, фітостерини, вітаміни. До них належать: фламін – по 1–2 таблетки 3 рази на день за 30 хв до їди, холосас – по 1–2 чайні ложки перед їдою, холагол – по 5–8 крапель на цукор перед їдою, відвари кукурудзяних рилець, м'яти перцевої, петрушки листової тощо.

Хворим ХНХ у період ремісії також можуть призначатися гідрохолеретики, до яких належать мінеральні води, що містять аніони сульфату й катіони магнію і натрію (Моршинські мінеральні води джерела № 1 і № 5, Нафтуса та ін.). Вони мають також холекінетичну дію.

З метою нормалізації моторно-евакуаторної функції ЖВШ та усунення спазму сфінктера Одді призначають прокінетики протягом 2–3 тиж (мотиліум, мотинорм, ітоприд), або селективні антагоністи Са протягом 3–4 тиж (ніфедипін), або міотропні спазмолітики (атропін, платифілін).

У період ремісії пацієнтам на ХНХ показані сілі зондування з ксилітом, сорбітом з розрахунку 20–40 мг на 200 мл води, з сіллю «Барбара» – 30 г на 200 мл води. Після вживання цих розчинів рекомендується полежати на правому боці протягом 1–2 год на теплій грільці.

За наявності сладжу, мікролітіазу або ознак гіпотонії ЖМ рекомендовано препарати урсодезоксіхолієвої кислоти (урсолі-

зин, урсофальк, урсохол) із розрахунку 10 мг на 1 кг маси тіла пацієнта протягом 1–3 міс.

Нерідко у хворих на ХНХ коморбідним станом є синдром вегето-судинної дистонії, холецисто-коронарний синдром, стан передменструального напруження. У зв'язку з цим у комплексну терапію хворим на ХНХ (залежно від синдрому) необхідно включати: седативні засоби (настоянка валеріани, пустирнику – по 40 крапель 3 рази на день), малі транквілізатори (еленіум, тазепам – по 0,005–0,01 г 2 рази на день), психотерапію, голко-рефлексотерапію. З метою нормалізації функції вегетативної нервової системи показані седативні засоби (персен, фітосед).

За необхідності застосовують імунокорегувальну терапію, адаптогени (женьшень, пантокрин, елеутерокок).

Середня тривалість амбулаторного лікування становить 2 тиж.

Фізіотерапевтичне лікування застосовують тільки при затуханні гострих явищ. У комплексну терапію пацієнтам на ХНХ у період ремісії пропонують такі фізіотерапевтичні методи лікування, особливо при супутній гіпокінетичній дискінезії ЖМ, як індуктотермію, ультразвукову терапію, грязе-озокерито-парафінотерапію на ділянку ЖМ, особливо у поєднанні з терапевтичними тюбажами, електрофорез на зону проекції ЖМ з 5% розчином новокаїну, 10% розчину сульфату магнію

У період ремісії рекомендовано санаторно-курортне лікування (Трускавець).

Профілактика

Первинною профілактикою ХНХ є дотримання здорового способу життя, фізично активного, обмеження вживання алкоголю, відмова від шкідливих харчових звичок (переїдання, пристрасті до гострої і жирної їжі, вживання їжі за 2 год до сну). За наявності вроджених аномалій внутрішніх органів – своєчасне виявлення та корекція застійних явищ у жовчному міхурі. Рекомендоване вживання достатньої кількості рідини (до 2 л на добу).

Вторинна профілактика у хворих на ХНХ полягає у збільшенні періоду ремісії та запобіганні загострень. Вона охоплює: строгі дотримання дієти та принципів дрібного харчування, уникання гіподинамії, стресів, переохолодження і важкого фізичного навантаження.

Двічі на рік необхідно проводити курсове протирецидивне лікування, яке окрім дієтотерапії, включає фізіотерапевтичні процедури, ферментні препарати, настої жовчогінних трав.

Прогноз

За наявності хронічного некалькульозного холециститу прогноз сприятливий, якщо діагноз поставлений на ранніх стадіях. Запущена стадія гострої форми патології переходить у хронічну, яка лікується складніше через включення у патогенез інших органів. Така ситуація характерна для 15% хворих.

Современные подходы к диагностике и лечению пациентов с хроническим некалькулезным холециститом на первичном уровне медицинской помощи

Л.В. Химион, О.Б. Яценко, С.В. Данилюк, Т.А. Сытюк, Н.В. Кича, Т.Н. Будько

В статье приведены основные этиологические факторы, диагностические критерии и тактика ведения пациентов с хроническим некалькулезным холециститом в условиях первичного звена медицинской помощи. Сформулирован алгоритм действия врача общей практики – семейной медицины при ведении пациентов с хроническим некалькулезным холециститом. Приведены основные направления первичной и вторичной профилактики данной патологии семейным врачом.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, диагностические критерии, тактика лечения, первичное звено медицинской помощи.

Modern approaches to the diagnosis and management of chronic cholecystitis at the primary level of medical care

L.V. Khimion, O.B. Yashchenko, S.V. Danyliuk, T.O. Sytyuk, N.V. Kicha, T.M. Budko

The article presents the main etiological factors, diagnostic criteria and tactics for the management of patients with chronic noncalculous cholecystitis under the conditions of the primary care unit. The algorithm of the action of the general practitioner - family medicine in the management of patients with chronic noncalculous cholecystitis is formulated. The main directions of primary and secondary prevention of this pathology by the family doctor are given.

Key words: peptic ulcer, duodenal ulcer, *Helicobacter pylori*, diagnostic criteria, treatment therapy, primary care medicine.

Сведения об авторах

Химнион Людмила Викторовна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 288-10-34. E-mail: ludmilahimion@hotmail.com

Яценко Оксана Борисовна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35

Данилюк Светлана Владимировна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-10-35. E-mail: svodan62@gmail.com

Сытук Татьяна Александровна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: sytuktanya@ukr.net

Кича Наталья Васильевна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-10-35. E-mail: kicha0514@gmail.com

Будько Татьяна Николаевна – КЗ КОР «Киевская областная клиническая больница», 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (044) 483-19-90

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний холецистит»
- Основи внутрішньої медицини / Швед М.І., Пасечко Н.В., Боб А.О. та ін.; за ред. Шведа М.І. – Тернопіль, ТДМУ, «Укрмедкнига». – 2013. – 827 с.
- Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2016. – Т. 1. – 488 с.
- Хронічний холецистит: ендогенні та екзогенні чинники та патогенез / Л.В. Журавльова, Л.Р. Боброннікова // Therapia. Український медичний вісник. – 2012. – № 9. – С. 12–15.
- Класифікації захворювань органів травлення: довідник / За редакцією Н.В. Харченко, О.Я. Бабака, О.А. Голубовська, Н.Б. Губергіц, А.Е. Дорофеєв, Т.Д. Звягінцева, І.М. Скрипник, С.М. Ткач, Г.Д. Фадєєнко, Н.В. Харченко, М.Б. Щєбініна. – Кіровоград: ПП «Поліум» 2015. – 54 с.
- Жовчокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення: методичні вказівки для студентів. – Харків, 2012. – 31 с.
- Передерій В.Г. Основи внутрішньої медицини: підручник: у 3-х томах. – Т. 1 / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 636 с.
- Функціональні захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів: навчальний посібник / Звягінцева Т.Д. та ін. – Харків, 2014. – 304 с.
- Soria Aledo V, Galindo Iñíguez L, Flores Funes D, Carrasco Prats M, Aguayo Albasini J.L. Is cholecystectomy the treatment of choice for acute acalculous cholecystitis? A systematic review of the literature. Rev Esp Enferm Dig. 2017 Oct;109(10):708–718.
- Gómez Cabeza de Vaca V, Alba Mesa F, Piñero González L, Komorowski A.L. Acute cholecystitis, chronic cholecystitis or gallbladder cancer? Gastroenterol Hepatol. 2017 Dec;40(10):671–673.
- Ryu Ji Kon M.D.; Ryu, Kwang Hyun M.D.; Kim, Ki Ho M.D. Journal of Clinical Gastroenterology: February 2003 – Vol. 36. – Issue 2. – P. 166–169.

Статья поступила в редакцию 23.04.2018

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ (одна або декілька правильних відповідей)

- Антибактеріальна терапія показана при холециститах, що перебігають з:
 - Підвищеною температурою тіла
 - Лейкоцитозом
 - Стійким больовим синдромом
 - У разі неефективності попередньої терапії, без антибіотиків.
 - Усе перераховане
- Яка основна відмінність гострого холециститу від хронічного?
 - Наявність локального та розлитого подразнення очеревини
 - Позитивний симптом Грекова-Ортнера-Рашбе
 - Нудота
 - Субфебрильна температура
 - Гіркий присмак у роті.
- Що треба врахувати під час вибору антибіотика при хронічному холециститі?
 - Причину загострення холециститу
 - Здатність антибіотика концентруватися у жовчі
 - Чутливість мікрофлори до антибіотика
 - Усе перераховане.
- Основна причина підвищення ШОЕ при хронічному холециститі?
 - Холестериновий холелітіаз
 - Зміна колоїдних властивостей жовчі
 - Наявність стафілокової інфекції у жовчі
 - Гіпотонія сфінктера Одді
 - Лямбліоз.
- Які симптоми не є характерними для хронічного некалькульозного холециститу?
 - Кера
 - Захар'їна
 - Мерфі
 - Міюссі-Георгієвського справа
 - Менделя.
- Найбільш частим ускладненням хронічного некалькульозного холециститу є:
 - Водянка жовчного міхура
 - Емпієма жовчного міхура
 - Кишкова травна недостатність
 - Приєднання холангіту
 - Хронічний гастрит.

7. Які зміни жовчі найбільш характерні для хронічного некалькульозного холециститу?

- Об'єм IV порції жовчі більше 60 мл
- Велика кількість лейкоцитів та слизу
- Сумарний об'єм порцій IV і VI жовчі більше 100 мл
- Плейохромія жовчі
- Усе перераховане.

8. Що з наведеного найчастіше зумовлює розвиток хронічного некалькульозного холециститу?

- Дискінезії жовчних шляхів
- Сенсibiliзація
- Недостатність функції підшлункової залози
- Гіпохлоргідрія
- Гормональний дисбаланс.

9. Хвора, 40 років. Протягом 20 років спостерігає періодичний (до 2–3 разів на рік) біль у правому підребер'ї. Напередодні ввечері хвора відчула сильний біль у правому підребер'ї з іррадіацією в лопатку. Двічі було блювання жовчу. Температура тіла підвищилась до 37,8 °С, склери субіктеричні, печінка не виступає з-під реберної дуги, позитивні симптоми Мерфі, Георгієвського–Мюссі, Кера, болючість у точці Боаса. Який з діагнозів найбільш ймовірний?

- Загострення хронічного холециститу
- Вірусний гепатит А
- Дискінезія жовчовивідних шляхів
- Цироз печінки
- Гострий панкреатит.

10. Хвора, 34 роки. Скаржиться на ниючий біль у правому підребер'ї, який посилюється після споживання жирної і смаженої їди, гіркоту у роті. Хворіє 9 років. Об'єктивно: надмірне харчування, шкіра звичайного кольору. Відзначається помірний біль у правому підребер'ї, позитивний симп-

том Мюссі, Георгієвського. Печінка не збільшена. Багатоментне фракційне дуоденальне зондування: видобута жовч з міхура кількістю 85 мл протягом 55 хв, при мікроскопії – лейкоцити. Який найбільш імовірний діагноз?

- Дискінезія жовчного міхура
- Жовчнокам'яна хвороба
- Хронічний холецистит з дискінезією за гіпермоторним типом
- Хронічний холецистит з дискінезією за гіпомоторним типом
- Рак жовчного міхура.

11. У пацієнта К., 42 років, що хворіє на хронічний холецистит, з'явився постійний колочий біль у правому підребер'ї, спостерігалася періодична жовтяниця, лихоманка. Під час лікування у терапевтичному відділенні розвилася постійна жовтяниця, з'явилися ознаки «гострого» живота. При УЗД виявлений нефункціонуючий жовчний міхур. Яка подальша тактика ведення хворого?

- Введення спазмолітиків
- Призначення кортикостероїдів
- Призначення хенофальку або урсофальку
- негайне переведення хворого до хірургічного відділення
- Призначення антибактеріальних засобів.

12. У хворі з трохи підвищеною масою тіла після жирної їди періодично виникає ниючий біль у правому підребер'ї, нудота, блювання. Раніше хворіла на вірусний гепатит. Об'єктивно: болючість в області правого підребер'я, симптом Кера слабо позитивний. Край печінки виступає на 2 см. Який попередній діагноз?

- Хронічний калькульозний холецистит
- Гострий холецистит
- Автоімунний холецистит
- Водянка жовчного міхура
- Хронічний некалькульозний холецистит.