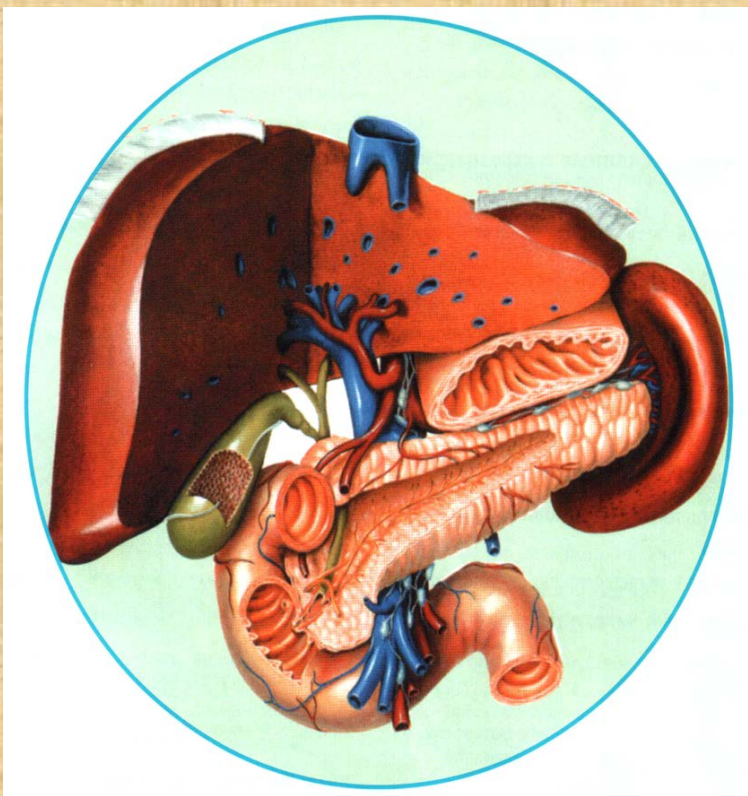




**Функціональні
захворювання
біліарного тракту**

**Хронічний
холецистит**

**Жовчнокам'яна
хвороба**

Кафедра внутрішньої медицини №1

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Дисфункції біліарного тракту:

1. Дисфункції жовчного міхура
2. Дисфункція сфінктера Одді біліарного
3. Дисфункція сфінктера Одді панкреатичного

2. Підходи до лікування дисфункцій біліарного тракту

3. Хронічний холецистит

1. Етіологія, патогенез
2. Особливості клінічного перебігу і діагностики
3. Принципи лікування

4. ЖКХ

1. Етіологія, патогенез
2. Особливості клінічного перебігу і діагностики
3. Принципи лікування
4. Ускладнення ЖКХ

ПОШИРЕНІСТЬ БІЛІАРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

- У економічно розвинутих країнах ФРБТ – у 15–20% населення;
- частота ФРБТ ↑ у міру ↑ віку пацієнтів,
- тривалість перебігу ФРБТ → в органічні захворювання.

У Римських критеріях IV (2016) – «Функціональні розлади жовчного міхура і сфінктера Одді» E:

E1. Біліарний біль

E1a. Функціональний розлад жовчного міхура

E1b. Функціональний розлад біліарного СО

E2. Функціональний розлад панкреатичного СО

ДИСФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА І СФІНКТЕРА ОДДІ первинні 10-15%

- **Генетичний характер – конституціональні ваготонія або симпатикотонія**
- **Хворіють особи молодого віку**
- **Порушення чутливості гладенької мускулатури ЖМ і СО до стимулюючих імпульсів:**
 - *холецистокінін*
 - *мотілін*
 - *ацетилхолін*



Порушення відтоку жовчі та/або панкреатичного секрету в 12 п.к. при відсутності органічних уражень

Патогенез первинних ФРБТ

Первинні дисфункції – розлади нейрогуморальних регуляторних механізмів

- ➡ дієтичні погрішності
- ➡ малорухомий спосіб життя
- ➡ ожиріння
- ➡ провідний провокуючий фактор – *психогенний*:
 - ➡ неврози
 - ➡ депресії
 - ➡ стресові фактори



Формування застійних осередків збудження в гіпоталамусі та ретикулярній формації

Вторинні дисфункції – 85-90%

- захворювання шлунку і 12 п.к.
- захворювання печінки і жовчовивідних шляхів
- запальні процеси в органах малого тазу
- вогнищева хронічна інфекція
- оперативні втручання
- системні захворювання (склеродермія, амілоїдоз, міастенія)
- гормональні порушення (вагітність, прийом КОК, соматостатин, простагландини)

Лоранская И.Д., 2013

Характерні ознаки ФРБТ

- ➡ Перевага у клінічній картині невротичного синдрому
- ➡ Зв'язок больового синдрому зі стресами
- ➡ Короткочасність та періодичність болю
- ➡ Незначна болючість при пальпації жовчного міхура при загостренні
- ➡ Відсутність лихоманки під час больового приступу
- ➡ Відсутність змін у гемограмі (лейкоцитоз, прискорення ШОЕ)
- ➡ Відсутність запальних елементів у жовчі (лейкоцити, слиз, епітелій)
- ➡ Відсутність ознак запалення ЖМ (за даними УЗД ОЧП)

Передерій В.Г., Ткач С.М., 2011

Е1. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ БІЛІАРНОГО БОЛЮ

Біль, що локалізується в епігастрії та/або у правому квадранті живота, а також всі наступні ознаки:

- 1. Значно підсилюється та зберігається ≥ 30 хв.;**
- 2. Виникає у різні проміжки часу (не щодня)**
- 3. Достатньо виражений біль, щоб порушувати активність або вимушує звертатись за невідкладною допомогою**

Е1. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ БІЛЦАРНОГО БОЛЮ (2)

- 4. Незначно (<20%) пов'язана з перистальтикою кишечника**
- 5. Незначно (<20%) усувається при зміні положення тіла або кислотосупресії**

Критерії підтвердження:

Біль може супроводжуватись:

- нудотою та блювотою;**
- ірадіацією у спину та/або у праву лопаткову ділянку;**
- прериванням сну**

БІЛІАРНИЙ БІЛЬ

Дисфункція ЖМ та СО – причина болю базується на:

Існуванні біліарного типу болю за відсутності виявлених органічних причин у більшості пацієнтів;

У деяких випадках біль лікується видаленням ЖМ або хірургічними маніпуляціями на сфінктері.

Відмінність від Римських критеріїв ІІІ:

- тільки кількісною характеристикою – «незначно» , що означає <20%.**
- включений критерій – біль може бути “не щодня”, проте це не має доказової бази.**

- **Е1А. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ РОЗЛАД ЖОВЧНОГО МІХУРА**

- Римський консенсус IV
- Симптомокомплекс, котрий не пояснюється чітко визначеним механізмом або структурними змінами
 - **Доцільно використовувати термін «функціональний розлад жовчного міхура (ФРЖМ) для опису пацієнтів з біліарним болем і інтактним ЖМ без наявності каменів або сладжу**

- **E1a. Діагностичні критерії функціонального розладу жовчного міхура**

- ✓ Біліарний біль
- ✓ Відсутність каменів жовчного міхура та іншої структурної патології

- ***Критерії підтвердження***

- ✓ Низька фракція викиду на сцинтиграфії ЖМ
- ✓ Нормальний рівень печінкових ферментів, кон'югованого білірубіну і амілази/ліпази

! Важливо: ендо УЗД – більш чутливий метод для визначення каменів малого розміру та біліарного сладжа, невеликих пухлин та мінімальних ознак ХП.

Відмінність від Римських критеріїв III – N рівень печінкових та панкреатичних ферментів перенесений у категорію підтвердження

ДІАГНОСТИКА ФР ЖМ

- Низька фракція викиду ЖМ при ХЦК – холецистографія з в/в введенням ^{99m}Tc , міченого аналогами імінодіацетилових кислот;
- УЗД після стимуляції ХЦК або жирною їжею;
- МР ХПГ и КТ

Алгоритм діагностики

- Скарги, об'єктивне обстеження
- Анамнез, печінкові проби, панкреатичні ферменти
- УЗД, ФГДС
- Структурні порушення: лікування
- Немає порушень: холецистографія
- Фракція викиду $\downarrow$ 40%: ХЕ
- Фракція викиду $\uparrow$ 40%: консервативне лікування

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ РОЗЛАД БІЛІАРНОГО СФІНКТЕРА (ФРБС)

ФРБС часто у пацієнтів з біліарним типом болю після холецистектомії (ХЕ), коли камені та інша патологія виключені

Біль після ХЕ:

- персистуючий або рецидивуючий;**
- пропорційно частіше серед хворих після планових операцій, ніж після ургентних;**

B.T.Peterson, 2004; M.L.Freeman et al., 2007

ГРУПИ ХВОРИХ ДБСО РИМСЬКІ КРИТЕРІЇ III

Група 1	Група 2	Група 3
ДСО со структурними порушеннями билиарної системи	ДСО як с наявністю, так і відсутністю структурних порушень билиарної системи	ДСО без структурних порушень билиарної системи
Прийом більш билиарного типу в поєднанні з трьома наступними ознаками:	Прийом більш билиарного типу в поєднанні з одним або двома наступними ознаками	Прийом більш билиарного типу
1. Затримка евакуації з загального жовчного протока (> 45 хв.)	1. Затримка евакуації з загального жовчного протока (> 45 хв.)	
2. Розширений загальний жовчний проток (>12 мм)	2. Розширений загальний жовчний проток (>12 мм)	
3. Підйом АСТ і/або ЩФ (> 2 норм при 2 приступах поспіль)	3. Підйом АСТ і/або ЩФ (> 2 норм при 2 приступах поспіль)	

E1b. Діагностичні критерії функціонального розладу біліарного сфінктера Одді

- Критерії біліарного болю
- Підвищення рівня печінкових ферментів або розширення жовчної протоки, але не обидві ознаки одночасно
- Відсутність каменів у жовчній протоці або іншої структурної патології
- ***Критерії підтвердження***
- Нормальний рівень амілази/ліпази
- Зміни на манометрії сфінктера Одді
- Гепатобіліарна сцинтиграфія

ФРБС (відмінності від Рим III)

3. Введений термін «підозра на ФРБС» (раніше ДСО II типу) – для хворих з болем після ХЕ та іншими об'єктивними ознаками.
4. ↑ рівня печінкових ферментів або розширення жовчної протоки (але не обидві ознаки одночасно) – обов'язкові, а не підтверджуючі критерії.
5. Нормальний рівень амілази та/або ліпази – критерій підтвердження.

Діагностика ФРСО

(у пацієнта з ПХЕС)

1. Виключення органічної патології

- Камені, що залишились або частина ЖМ;
- Післяопераційні ускладнення (стриктура протоки);
- Інтраабдомінальні порушення (панкреатит, жирова хвороба печінки)

2. Анамнез и фізикальне обстеження

3. Печінкові та панкреатичні проби

4. Верхня ендоскопія

5. УЗ- або КТ

6. МРХПГ або ЕУЗІ

7. Гепатобіліарна сцинтиграфія

8. ЕЕХПГ та манометрія сфинктера Одді



Систематичне вживання наркотиків може призводити до розширення жовчних протоків за умов нормального рівня печінкових ферментів

ПАНКРЕАТИЧНИЙ ТИП ДСО, ЕЗ

- ➡ важко діагностується;
- ➡ біль панкреатичного типу, який часто іррадіює в спину;
- ➡ підвищення сироваткової амілази чи ліпази;
- ➡ відсутність органічної патології
- ➡ рідко (подібно 3 типу біліарної ДСО) відсутній підйом панкреатичних ферментів
- ➡ симптоматологія може бути проявом синдрому функціонального абдомінального болю.

ФР ПАНКРЕАТИЧНОГО СФІНКТЕРУ ОДДІ НАСЛІДОК



- ✓ **Розвиток панкреатиту внаслідок обструкції сфінктера**
- ✓ **Обструкція сфінктера включає пухлини фатерова сосочка, камені і слизові пробки у внутрішньопанкреатичних протоках протоках**
- ✓ **Вживання опіатів ↑ тиск сфінктера і призводить до нападів панкреатиту**
- ✓ **У хворих з підвищеним тиском сфінктера без лікування ймовірність повторних ознак панкреатиту зростає у 3,5 рази**

ДІАГНОСТИКА ФР ПСО

**Діагноз панкреатичної ДСО
встановлюють у хворих з
документально підтвердженою атакою
рецидивуючого панкреатиту після
всебічного аналізу відомих
етіологічних чинників і пошуку
органічної причини, а також при
визначенні підвищеного
панкреатичного тиску за результатами
манометрії**

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ФР ПСО

- ✓ Документальне підтвердження повторних атак панкреатиту (з типовим болем та рівнем амілази або ліпази у 3 рази вище норми та/або візуалізаційне підтвердження гострого панкреатиту)
- ✓ Інші причини панкреатиту виключені
- ✓ Негативні результати ендоскопічного УЗД
- ✓ Відхилення на сфінктероманометрії

Альтернативні діагностичні тести:

- 1. Вимірювання розміру панкреатичної протоки за допомогою МРХПГ або ендосонографії перед і після введення секретину*
- 2. Введення ботулотоксину у сфінктер з подальшим встановленням тимчасового стенту*

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ФРБТ

Скрінінгові:

- ➡ визначення в крові рівню амінотрансфераз, лужної фосфатази, білірубіну, амілази, ліпази;
- ➡ ультразвукове дослідження (УЗД ОЧП);
- ➡ ФЕГДС з оглядом Фатерова сосочка.

Уточнюючі:

- ➡ УЗД з оцінкою функції ЖМ;
- ➡ ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія;
- ➡ манометрія сфінктера Одді;
- ➡ гепатобіліарна сцинтиграфія с ^{99m}Tc
- ➡ МРХПГ, ЕУС

МАНОМЕТРІЯ СО – «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ» ДІАГНОСТИКИ

Показники	Норма	Патологія
Базальний тиск (мм рт. ст.)	3 - 35	> 40
Амплітуда фазових хвиль (мм рт. ст.)	95 - 195	> 300
Частота фазових хвиль (в хвилинах)	2 - 6	> 7
Фазові хвилі (%)		
антеградні	12 - 100	-
одночасні	0 – 50	-
ретроградні	0 – 50	> 50
Реакція на введення холецистокініну октапептиду (20 нг/кг)	Розслаблення СО	Скорочення СО

ПІДХОДИ ДО ДІЄТИ ПРИ ФРБТ

- режим харчування – 5-6 разів малими порціями;
- виключити: алкоголь, газовані напої, копчені, жирні, смажені продукти, приправи;
- вміст білків 80-90 г/день – зсув реакції жовчі в лужний бік, ↑ концентрація антибіотиків;
- жири рослинного походження/ тваринного походження – 1:1;
- вуглеводи слід обмежити;
- калорійність раціону 2000-2300 ккал.

ПІДХОДИ ДО ДІЄТИ

- **Необхідний повноцінний вітамінний склад**
 - **Необхідно включити в раціон:**
- **вівсяну, гречану крупи;**
- **молоко, сир, твердий сир;**
- **рослинну клітковину;**
- **рослинні жири;**
- **важлива обробка їжі**

ЛІКУВАННЯ ФР ЖМ

- 1. Спонтанна регресія симптомів**
- 2. Психотерапія**
- 3. Медикаментозна терапія:**
 - спазмолітики;
 - нейромодулятори;
 - УДХК
- 4. Хірургічне лікування:**
 - при неефективності терапевтичних методів;
 - 1 РКД підтверджує ефективність хірургічного лікування

L. Yag et al., 1991

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ФРБС

I. Терапевтична тактика

1. Ніфедіпін
2. Тримебутін
3. Гіосцина бутилбромід
4. Октреотид
5. Оксид азоту
6. Антагонисти H_2 -рецепторів

77% хворих з ДСО, яким не проводили ХЕ, раніше використовували тримебутін + нітрати.

II. Ендоскопічне лікування – сфінктеротомія;

ускладнення: 10-15% (ризик кровотечі і перфорації – 1%)

III. Хірургичне лікування

ДИСФУНКЦІЯ ПАНКРЕАТИЧНОГО СФІНКТЕРА ОДДІ

1. Діагностичні альтернативні методи:

- Вимірювання діаметра панкреатичної протоки (МРХПГ или ЕУЗ до та після в/в введення секретину);
- Ін'єкції ботулотоксину у сфінктер з метою постановки тимчасового стенту.

2. Лікування:

- Уникати вживання провокуючих факторів (алкоголь, опіати);
- спазмолітики, блокатори кальцієвих каналів(але немає доказовості);
- УДХК або біліарна сфінктеротомія при мікролітіазі (потребує доказів).

 ***Стеноз панкреатичного гирла – нерідко наслідок панкреатичної сфінктеротомії, а повторна ЕРХПГ рідко вирішує проблему.***

**Ендоскопічна панкреатична сфінктеротомія ↓
вираженість болю у 60-65% хворих на ХП та панкреати-
чну ДСО, але віддалені результати відсутні.**

ХРОНІЧНИЙ БЕЗКАМ'ЯНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Хронічне запалення ЖМ переважно бактеріального походження, що виникає на фоні дисфункцій жовчовивідних шляхів

10% всіх захворювань ЖМ

Основні причини: інфікування контактне, лімфогенне, гематогенне

ЖКТ: висхідний шлях (загальний жовчний, пузирний протоки), нисхідний (внутрішньопечінкові протоки)

Додаткові причини: гіпо-, атонічні дисфункції ЖМ, гіподинамія, незбалансоване харчування, панкреатичний рефлюкс

Клінічна картина ХХ

- ✓ Біль у правому підребер'ї, епігастральній області, які можуть тривати годинами та посилюватися після прийому жирної, жареної, гострої їжі, яєць, холодних газованих напоїв, вина, пива.
- ✓ Болі ірадіюють в праву лопатку, праву надключичну ділянку, праву поперекову ділянку, інколи в ділянку серця, викликаючи напади кардіалгії (холецистокардіальний синдром)
- ✓ Гіркий присмак у роті зранку, нудота, відрижка, здуття живота
- ✓ Порушення стільця – чередування закріпів та послаблення стільця
- ✓ Підвищення температури тіла (до субфебрильних цифр)

Діагностика ХХ

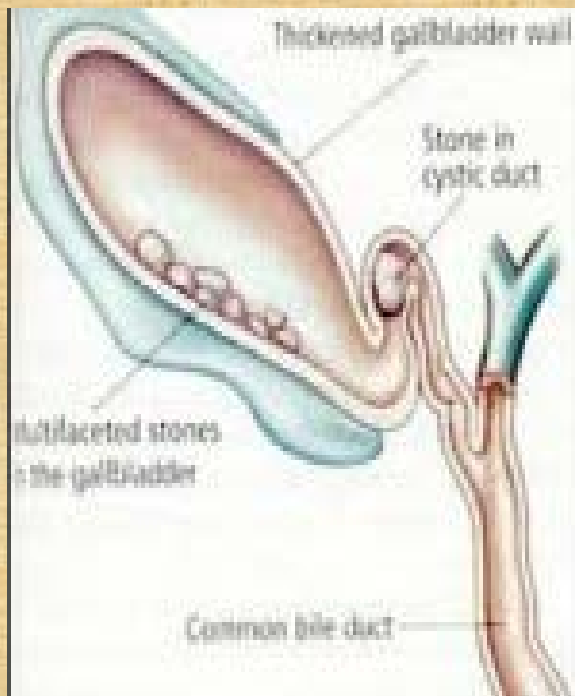
1. Позитивні пухирні симптоми (Ортнера, Кера, Мерфі)
2. Фізикальні симптоми не дозволяють провести диференціальну діагностику між ХХ та ЖКХ
3. УДЗ критерії запалення ЖМ:
 1. Товщина стінки ЖМ $\uparrow$ 4 мм
 2. Наявність сонографічного симптому Мерфі (чутливість 95%)
 3. Збільшення розмірів ЖМ 5 см від норми
 4. Наявність тіні від стінок ЖМ
 5. Наявність паравезикального ехонегативного ободка (набряк стінки ЖМ)
4. Наявність ознак запалення при мікроскопії та посіві жовчі (дуоденальне зондування)

Лихоманка, лейкоцитоз, жовтуха, $\uparrow$ ЛФ та активності трансаміназ

Лікування ХХ

1. Лікувальне харчування
2. Пригнічення больового синдрому
3. Антибактеріальні препарати до 5 днів
 1. Ципрофлоксацин 500 мг 2 рази
 2. Доксіциклін 100 мг 2 рази на день
 3. Амоксицилін 0,5 3-4 рази на день
 4. Метронідазол 500 мг 2-3 рази на день
4. Симптоматична терапія
 1. Прокінетики (домперидон 10 мг 3 рази на день, ітоприда гідрохлорид 50 мг 3 рази на день)
 2. Спазмолітики (мебеверин 200 мг 2 рази на день, но-шпа 40 мг 3 рази на день)
 3. Раціональне застосування жовчогінних засобів – ознаки гіпотонії
 4. Сліпе дуоденальне зондування
 5. УДХК 13-15 мг/кг
 6. Рослинні гепатопротектори з жовчогінним ефектом (хофітол, гепабене)

Жовчнокам'яна хвороба



ЖКХ – захворювання гепатобіліарної системи, яке характеризується порушенням обміну холестерину та/або білірубіну з утворенням каменів у ЖМ або жовчних протоках

Холестеринові камені – 80-90%

Чорні пігментні камені – 10-20%

Коричневі пігментні камені (білірубінат кальцію) – 10-20% каменів протоків

Змішані камені (кальцифіковані камені)

	Холестеринові	Чорні пигментні	Коричневі пигментні
Колір	жовтий	Темно- коричневий, чорний	Коричневий
Локалізація	ЖМ и протоки	ЖМ и протоки	Жевчні протоки
Інфекції ЖВШ	рідко	рідко	Часто, майже завжди
Рентген. дослідження	15% рентгенпозитивні	50-60% рентгенпозитивні	Рентгенне- гативні

ФАКТОРИ РИЗИКУ КАМЕНЕУТВОРЕННЯ

1. Холестеринові та змішані камені

- ✓ **Ожиріння і гіподинамія (↑ літогенності жовчі)**
- ✓ **Висококалорійна дієта, похилий вік**
- ✓ **Жіноча стать, А (II) і 0 (I) група, сестри-близнюки)**
- ✓ **Цукровий діабет (↑ маси і ↑ секреції ХС в жовч)**
- ✓ **Вагітність (прогестерон – II і III триместр)**
- ✓ **Пероральні контрацептиви (естрогени)**
- ✓ **Лікування клофібратом (↑ екскреції ХС в жовч)**
- ✓ **Голодування**
- ✓ **Аномалії ЖМ**
- ✓ **Хвороби тонкої кишки (резекції)**

ФАКТОРИ РИЗИКУ КАМЕНЕУТВОРЕННЯ

2. Пігментні камені

- ✓ **Хронічний гемоліз**
- ✓ **Алкогольний цироз печінки**
- ✓ **Хронічні інфекції жовчних шляхів**
- ✓ **Гельмінтози**
- ✓ **Похилий вік**

ЖОВЧ – ІЗООСМОТИЧНА ПЛАЗМІ РІДИНА

- ➡ вода – 82-96%;
- ➡ органічна частка - до 18%:
 - жовчні кислоти – 60-70%;
 - фосфоліпіди – 20-25%;
 - білірубін, холестерин, білки, електроліти – 10%

Калинин А.В., 2007; Вольфгант Г., 2009

Печінка виробляє до 1000 мл жовчі в день
Накопичувальна здатність ЖМ до 25-80 мл

При порушенні відтоку жовчі
об'єм ЖМ – до 100-150 мл

Ильченко А.А., 2002

МЕХАНІЗМИ КАМЕНЕУТВОРЕННЯ

Перший етап

- ✓ Підвищена секреція в жовч холестерину
- ✓ Зниження секреції печінкою жовчних солей і фосфоліпідів

Другий етап

- ✓ Нуклеація з утворенням мікрокристалів під впливом муцинового гелю, що не мають клінічної картини але видні під мікроскопом
- ✓ Рост мікрокристалів і перетворення їх у жовчний конкремент

Класифікація ЖКХ

З'їзд наукового товариства гастроентерологів РФ (2002)

Виділяють 4 стадії

I стадія — початкова або передкам'яна:

густа неоднорідна жовч;

формування біліарного сладжу: з наявністю мікролітів; з наявністю замазкоподібної жовчі (ЗЖ); з поєднанням замазкоподібної жовчі з мікролітами.

II стадія — формування жовчних каменів:

за локалізацію: у жовчному міхурі; в загальній жовчній протоці; печінкових протоках;

за кількістю конкрементів: одиничні; множинні;

за складом: холестеринові; пігментні; змішані;

за клінічним перебігом: латентний перебіг; з наявністю клінічних симптомів — больова форма з типовими жовчними кольками; диспепсична форма; під маскою інших захворювань.

III стадія — стадія хронічного рецидивуючого калькульозного холециститу.

IV стадія — стадія ускладнень.

Клініка ЖКХ

- Близько 80% хворих ЖКХ не пред'являють скарг
- Рідко диспепсичні розлади
- Класичний симптом ЖКХ – жовчна колька.
- Напади жовчних кольок звичайно пов'язані з похибкою в дієті та розвиваються після надмірного прийому жирної, смаженої або гострої їжі.
- Захворювання може протікати повільно або характеризується швидким прогресуючим перебігом з різними ускладненнями.

Клінічні прояви ЖКХ

- **Характеристика жовчної кольки:**
- сильний біль від 15 хв до 5 годин;
- локалізація болю в епігастрії, правому підребер'ї, іноді з іррадіацією в спину, під праву лопатку;
- хворий потребує постільного режиму і застосування лікарських препаратів;
- біль виникає частіше ввечері або вночі;
- біль має рецидивуючий перебіг з різними інтервалами;
- нестримне блювання, яке не приносить полегшення

Діагностика ЖКХ

Лабораторні методи дослідження:

❖ За умов неускладненого перебігу ЖКХ – не змінені.

❖ Після нападу жовчної кольки:

- у 40% випадків виявляється підвищення активності сироваткових трансаміназ,
 - у 23–25% ↑ — ЛФ, ГГТП,
 - у 45–50% ↑ білірубін
- } через тиждень нормалізуються
- За умов розвитку гострого холециститу – лейкоцитоз та прискорення ШОЕ.

Значення УЗД

- **Виявлення ЖКХ на стадії формування БС.**
- **Виявляє конкременти у ЖМ в 90–98% та холедохолітіаз в 40–70% випадків.**
- **Визначає розміри каменів, їх кількість, локалізацію, рухливість, певної мірою і структуру.**
- **Оцінка рухової активності ЖМ.**
- **Оцінка стану стінки ЖМ (наявність або відсутність запального процесу, холестерозу, внутрішньостінкових абсцесів).**
- **При ускладненнях ЖКХ за допомогою УЗД оцінюють ступінь деструкції стінки ЖМ та стан навколоміхурового простору.**

УЗД-критерії ЖКХ

Тріада ознак:

- **Наявність щільних ехо-структур,**
- **Ультразвукова тінь позаду каменя (при м'яких холестеринових каменях тінь може бути слабкою або вона буде відсутня),**
- **Рухливість каменю.**

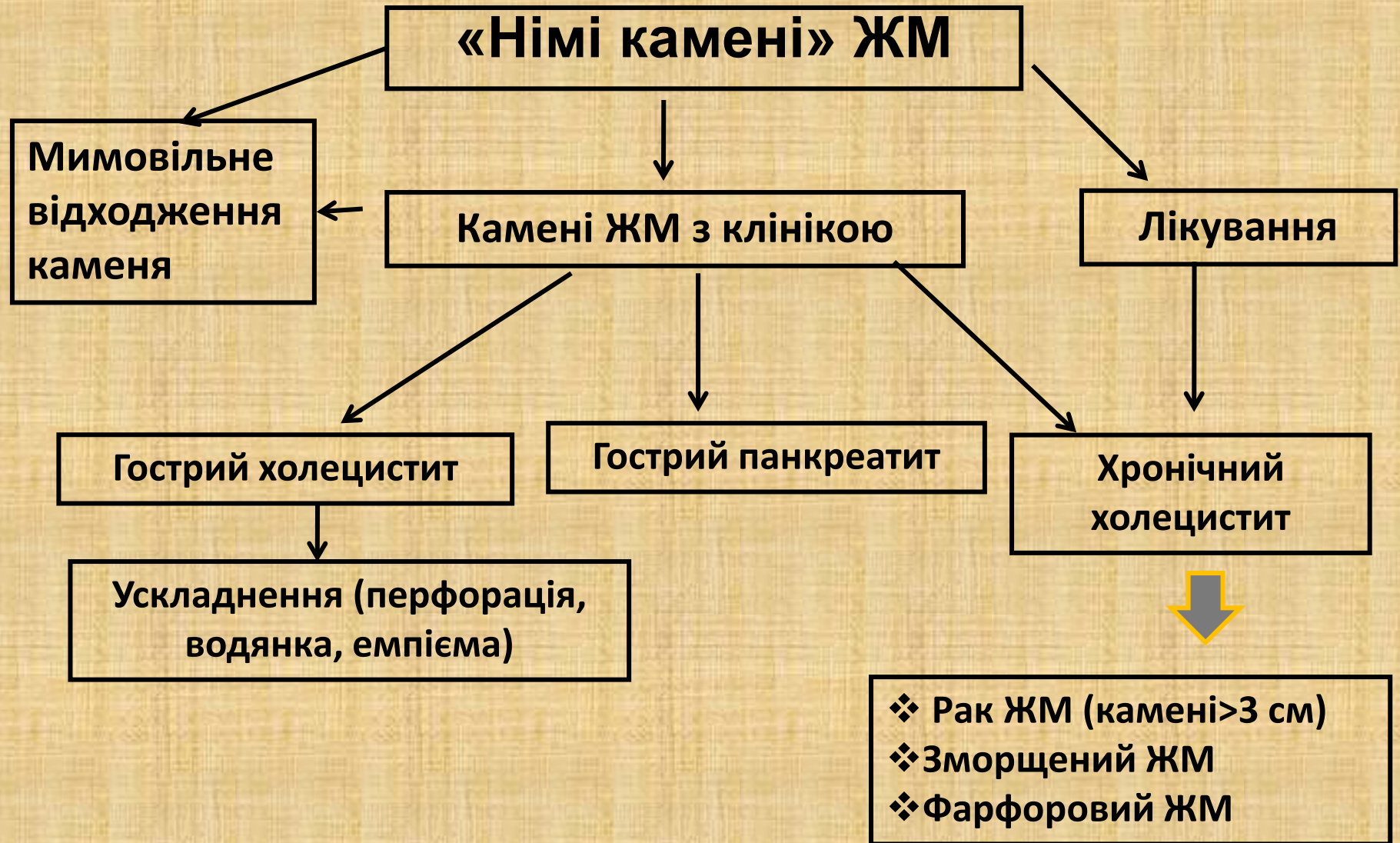
Діагностика ЖКХ

- ❖ Діагностична цінність пероральної холеграфії у виявленні холелітіазу 80–85%, а внутрішньовенної – 50–60%.
- ❖ КТ – додатковий метод – оцінка стану тканин, які оточують ЖМ та жовчні шляхи.
- ❖ Ендоскопічна ретроградна холангіо-панкреатографія (ЕРХПГ) – **«ЗОЛОТИЙ»** стандарт у діагностиці холедохолітіазу.
- ❖ Діагностична цінність ЕРХПГ у виявленні холедохолітіазу 79–98%.

Ендоскопічна ультрасонографія при ЖКХ

- **Ультразвукове сканування жовчного міхура і жовчних шляхів проводиться за допомогою ехо-ендоскопу із шлунка або дванадцятипалої кишки.**
- **З існуючих методів виявлення каменів у жовчних протоках ЕУС – найбільш точний.**

Перебіг ЖКХ



Ускладнення ЖКХ

- ❖ **Гострий холецистит.**
 - Серед хворих з гострим холециститом до 90% - пацієнти з ЖКХ.
 - Сприяють розвитку гострого холециститу:
 - механічне ушкодження СО конкрементами і порушення відтік жовчі
 - часткова або повна обтурація міхурової протоки слизом, дрібним конкрементом, замазкоподібною жовчю.

Хронічний холецистит (ускладнення ЖКХ)

- ✓ Виникає як результат гострого холециститу або розвивається поволі у вигляді первинно хронічної форми.
- ✓ При УЗД: ЖМ деформований, ↓ в розмірах, стінки ущільнені, нерівномірно потовщені.
- ✓ У просвіті ЖМ згустки неоднорідної жовчі з домішками ЗЖ.

Водянка жовчного міхура (ускладнення ЖКХ)

- ✓ розвивається при обтурації міхурової протоки каменем, згустком ЗЖ
- ✓ супроводжується накопиченням у порожнині ЖМ прозорим вмістом з домішками слизу.
- ✓ діагностують за допомогою УЗД, КТ.
- ✓ приєднання інфекції → розвиток емпієми ЖМ.

Емпієма жовчного міхура (ускладнення ЖКХ)

- ✓ розвивається на фоні відключеного ЖМ (результат присєднання інфекції).
- ✓ клінічні симптоми відповідають картині внутрішньочеревного абсцесу.
- ✓ При пальпації ЖМ збільшений, напружений, різко болючий, (+) симптоми подразнення очеревини.
- ✓ Лікування хірургічне, у поєднанні з антибіотикотерапією.

Флегмона стінки ЖМ і абсцес у ділянці ложа жовчного міхура (ускладнення ЖКХ)

- ✓ можуть бути результатом гострого холециститу, утворюється в результаті пролежня від великого каменя з подальшим приєднанням запального процесу.
- ✓ Діагностика заснована на даних клініки, лабораторних і інструментальних досліджень (УЗД, КТ).
- ✓ Часто супроводжується формуванням нориць.
- ✓ Лікування хірургічне, у поєднанні з антибіотикотерапією.

ПЕРФОРАЦІЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА

При трансмуральному некрозі стінки ЖМ

- Виникає частіше за все в результаті пролежня, що розвинувся від тиску великого каменя на стінку жовчного міхура, рідше — в результаті розриву синусів Ракитанського-Ашоффа.
- Прорив вмісту ЖМ у вільну черевну порожнину — рідко (спайковий процес навкруги ЖМ обмежує розповсюдження).
- Прорив у прилеглі до міхура порожнисті органи призводить до формування внутрішніх нориць.
- При КТ і УЗД окрім каменів у жовчному міхурі додатково виявляються абсцеси, випіт у черевну порожнину.
- Прогноз поганий, смертність складає близько 30%.

Біліарний панкреатит

- ✓ Можуть розвиватися як легкі форми панкреатиту, так і важкі (до панкреонекрозу).
- ✓ Лікування - усунення причини виникнення біліарного панкреатиту.

Синдром Мірицци

- ✓ Вклинення каменя у шийку жовчного міхура з наступним розвитком запального процесу може призвести до здавлення загального жовчної протоки (синдром Мірицци I типу).
- ✓ У подальшому може сформуватись холецистохоледохіальна нориця (синдром Мірицци II типу).
- ✓ Нині виділяють 4 типи цього синдрому. Лікування хірургічне.

Жовчні нориці

- ✓ При некрозі стінки міхура формуються внутрішні жовчні нориці.
- ✓ Діагностика складна – клінічна картина маскується симптомами основного захворювання.
- ✓ Більшість внутрішніх нориць виявляється випадково, під час холангіографії чи операції.

Кишкова непрохідність

- ✓ Зумовлена жовчним каменем, зустрічається рідко
- ✓ Як правило, у хворих старше 70 років і супроводжується високою летальністю.
- ✓ Виникає після перфорації ЖМ і надходження у кишечник жовчного каменя не менше 2,5 см в діаметрі.
- ✓ Закупорка кишечника відбувається у найбільш звужених ділянках кишки, звичайно на 30–50 см проксимальніше іліоцекальної заслінки.

Лікування хірургічне.

Рак жовчного міхура

- ✓ Жовчні камені, зморщений ЖМ не призводять до розвитку раку ЖМ
- ✓ Частота раку ЖМ у хворих ЖКХ не перевищує 3–5%.
- ✓ У 90% випадків раку ЖМ – холецистолітіаз

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ЖКХ

Консервативна

Хірургічна

Поява жовчних колік

Загроза розвитку ускладнень

Ускладнення ЖКХ, що розвиваються

Високий ризик розвитку раку

Показання
до лікування

Основний метод лікування ЖКХ – хірургічний

- ❖ Лапароскопічна холецистектомія –
«золотий стандарт»
- ❖ Лапаротомічна холецистектомія

КОНСЕРВАТИВНА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЖКХ

Показання:

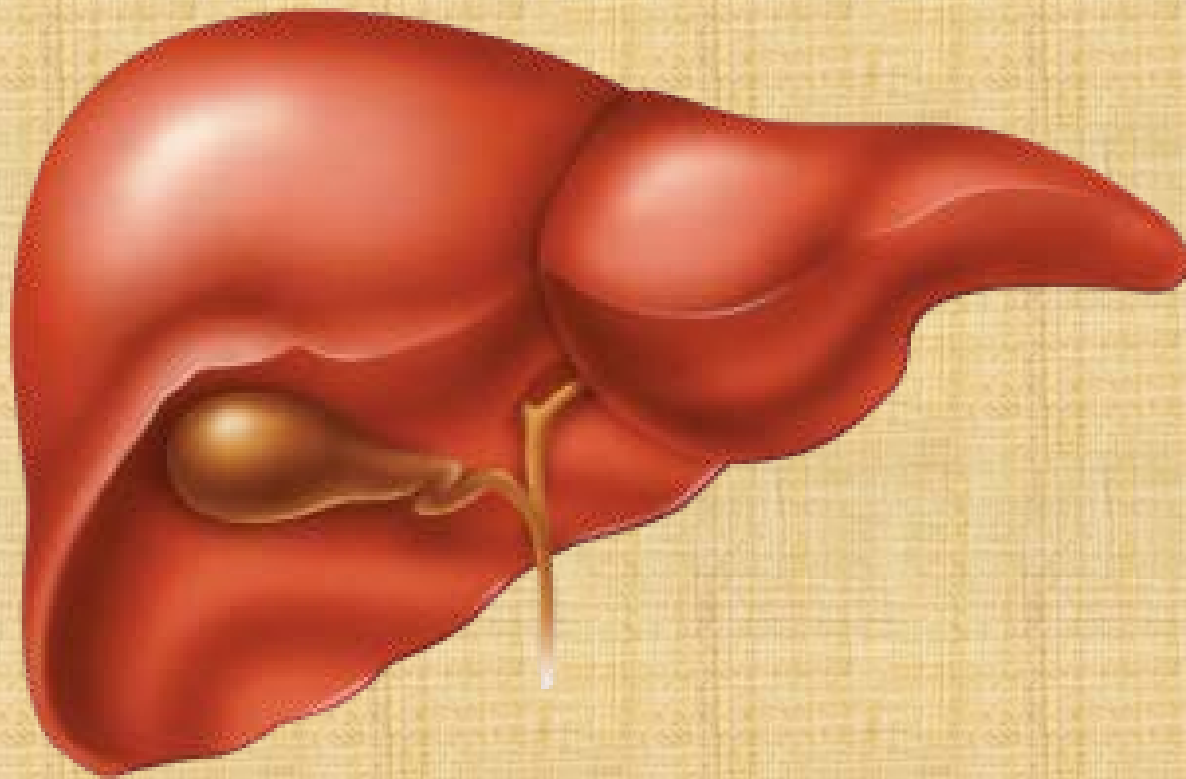
- Холестеринові камені (рентгеннегативні, поодинокі, розміром менше 15 мм)
- Функціонуючий ЖМ
- Відсутність каменів у протоках
- Давність первинної діагностики менше 2-х років
- Прихильність до лікування

Урсодезоксихолева кислота 15 мг/кг 6-18-24 міс –
ефективність 60% за умов правильного відбору
пацієнтів

- ❖ Рецидив – у 10% щорічно
- ❖ Моніторинг 1 раз в 6 місяців

ПРОТИПОКАЗАННЯ І ОБМЕЖЕННЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЖКХ

- Ускладнення ЖКХ, в т.ч. гострий і хронічний холецистит
- Відключений ЖМ (камені більше ½ об'єму ЖМ)
- Клінічна симптоматика
- Жовчні коліки
- Супутні захворювання (ВХДК, ЦД, хронічний панкреатит, запальні захворювання кишечника)
- Хронічна діарея
- Камені більше 15 мм
- Пігментні і кальцифіковані камені
- Рак ЖМ
- Неможливість тривало приймати медикаменти



Дякую за увагу!