

Алгоритм діагностики і лікування хворих з гастроентерологічною патологією: Метод. рекомендації для лікарів. Ч. 5

- *Тематика Гастроентерологія*
- *Автор Головченко О.І., Самойлов О.І., Носова І.А., Запорожець О.М..*
- *Опубліковано в Вінниці: ТОВ «Консоль», 2007.- 124 с*

5. ХВОРОБИ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

5.1. Запальні хвороби жовчних ходів

Загальність принципів застосування терапії дозволяє сумісне викладення уражень біліарної системи, об'єднаних наявністю спільного фактора - запалення жовчних ходів. Це стосується хронічних холециститів, в тому числі калькульозних, холангітів, що можуть мати різні чинники виникнення, або бути пов'язаними з рядом умов (вогнища інфекцій, дискінезії жовчних ходів).

Хворі на хронічні холециститу скаржаться на біль в правому підребр'ї. Характер больового синдрому залежить від типу супутньої дисфункції жовчних ходів. Всі хворі відмічають наявність періодичних підвищень температури тіла, нетривалих, найчастіше до 37,2 -37,4 °С. В таких випадках необхідно виключити гострий холецистит, хронічний холангіт.

Деякі інші скарги у хворих на запальні захворювання внутрішньопечінкових і позапечінкових жовчних протоків. Хронічний холангіт в фазі нестійкої ремісії проявляється в першу чергу температурною реакцією лихоманкового типу. Як правило, вона супроводжується помірним трясінням, триває декілька годин і проходить самостійно. В більшості випадків відмічається стійка температурна реакція до 38°С, значно рідше спостерігаються підвищення до 39°С. Окрім цього, хворі скаржаться на біль в правому підребр'ї, розпирання в животі, нудоту. Це пояснюється супутньою дисфункцією жовчовидільної системи.

Жовчнокам'яна хвороба перебігає з великою різноманітністю скарг. Притаманна біль в правому підребр'ї ниючого або колючого характеру; як правило, після їжі, особливо після порушень в дієті (жирна, смажена їжа, алкоголь), іноді після психоемоційного або фізичного перевантаження. Найбільш типовою ознакою наявності конкрементів у жовчних ходах є жовчна коліка, яка виникає раптово і характеризується важким больовим приступом в правому підребр'ї.

Обов'язкові методи дослідження для пацієнтів з патологією органів травлення.

Основні методи дослідження:

- визначення лужної фосфатази сироватки крові;
- УЗД органів черевної порожнини (виключити жовчнокам'яну хворобу, онкопатологію);
- ультразвукова холецистографія (врахування розмірів міхура через 30 і 60 хв після сніданку Бойдена);
- дуоденальне зондування (інформативними є - мікроскопія порції В, визначення рН жовчі, холато – холестеринового коефіцієнту, наявність десятків лейкоцитів в полі зору; мікроскопія порції С - наявність десятків лейкоцитів в полі зору).

Додаткові методи дослідження:

- езофагогастродуоденоскопія;
- комп'ютерна та(або) магніто резонансна томографія;
- ретроградна холангіопанкреатографія.

Лікування:

В фазі загострення хронічного холангіту, холециститу необхідним є парентеральне введення антибіотиків з урахуванням грамнегативної активності:

- цефалоспори́ни (по 1 -2 г в/венно, в/м'язево тричі на добу, цефтріаксон (по 1-2 г в/м, в/в 1 раз на добу);
- фторхінолони (в/в по 200-400 мг двічі на добу);
- доксіциклін (спочатку 200 мг/на добу, далі 100-200 мг/на добу);
- при наявності протипоказань до вищеназваних препаратів можливим є призначення амінопеніцилінів;
- оксациліну по 0,5 г в/в, в/м 4-6 рази на добу , амоксициліну по 500-700 мг тричі на добу. Аналогічна тактика і при гострому калькульозному холециститі.

В фазі нестійкої ремісії показане пероральне призна-чення антибіотиків (цефалоспори́ни, фторхінолони, макроліди) і бактеріостатиків:

- нітрофурани (фуразолідон по 0.1 г 4 рази на добу, 7-10 днів);
- оксихінолони (нітроксолін по 0,1 г 4 рази на добу, 14 днів);

Критеріями ефективності терапії являються зникнення температурної реакції та санація жовчного осаду.

В фазі ремісії рекомендується корекція відповідного типу дисфункції жовчних ходів (див. Розділ 5.3). Аналогічним є підхід щодо усунення супутнього болювого синдрому в правому підребр'ї (Гепатофальк по 1 кап., за 30 хв. до їжі тричі на день).

Всі випадки жовчнокам'яної хвороби повинні розглядатися як показання до хірургічного лікування. При відкладанні операції, наявності протипоказань до неї, можливою є симптоматична терапія:

- спазмолітики (спазмалгон в достатніх дозах парентерально або перорально);
- спазмоанальгетики (типу баралгін в необхідній дозі і лікарській формі);
- дієтичний режим з виключенням будь-яких холекінетиків (смажене, гостре, жирне і т.д.);
- ненаркотичні анальгетики (типу кетанов в необхідній дозі та лікарській формі);
- виключають призначення медикаментозних чи немедикаментозних факторів, що мають холекінетичний або холеретичний ефект.

Тактика невідкладної допомоги при жовчних кольках:

- гаряча грілка на праве підребр'я;
- спазмалгон в/в, в/м 5-10 мл, можна повторити через 4 години;
- гастроцепін в/м 1 мл 0,1% р-ну двічі на добу;
- кетанов в/м 2 мл 4 рази на добу;
- діклоберл один раз на добу 3 мл (75 мг) в/м;
- нітрогліцерин по 1 таб. кожні 20 хв. до 4 раз або ізокет - аерозоль по 1-3 дозі з інтервалом 10 хв.

При наявності холестеринових конкрементів діаметром до 5-10 мм (рентгенонегативних, що займають не більше 1/3 об'єму жовчного міхура) показане застосування урсофальку (10 мг/кг маси на добу), хенофальку (15 мг/кг маси на добу) для консервативного лікування жовчно-кам'яної хвороби впродовж трьох місяців. Хенофальк рекомендується для двотижневої підготовки до холецистектомії.

Урсофальк застосовують для профілактики каменеутворення у випадках виявлення в жовчному осаді кристалів холестерину або білірубінату кальцію, а також для профілактики повторного каменеутворення після холецистектомії впродовж 1-3 місяців.

5.2. Постхолецистектомічні синдроми

Постхолецистектомічний синдром потребує диференційованого підходу. Це пояснюється тим, що перша група проблем пов'язана з тими хворобами, які ускладнювали перебіг колишньої жовчнокам'яної хвороби (холецистит, холангіт, гастрит, виразкова хвороба і т.д.). Друга обумовлена власне операцією (синдром кукси, стріктура жовчного протоку, сфінктерити та інш.). Нарешті, третя група - це супутні хвороби, що виникають вже після холецистектомії. Частіше за все - це рефлюкс гастрит (див. розділ 2.2.), рефлюкс - езофагіт (див. розділ 1.1), синдром жовчної диспепсії, рецидив або рух "забутих" каменів.

В такому разі, спроба вирішити проблеми першої групи полягає в кваліфікованій терапії других хвороб, що були набуті до проведення холецистектомії, особливо хронічного панкреатиту. Уникнути проблем, пов'язаних з холецистектомією, можливо шляхом правильного вибору моменту операції і оперативного підходу - лапаротомічного або лапароскопічного шляху.

Третя черга вирішення постхолецистектомічних проблем полягає в раціональному веденні раннього післяопераційного періоду.

Лікування.

Часте раціональне харчування у відповідності зі станом органів травлення.

Курація хвороб травлення набутих до операції.

Протизапальна дія ДМХ - терапії або інфрачервоної лазеротерапії на проекцію зони операції.

Урсофальк 40мг/кг на день за 30 хв. до прийому їжі.

Найчастішою проблемою, що виникає в післяопераційному періоді і не залежить від кваліфікації хірурга, є синдром жовчної диспепсії. Терапія полягає в наступному:

Харчування з виключенням холекінетиків і холеретиків.

Призначення прокінетиків домперидон по 1 таб. тричі на день за 20-30 хв. до їжі і на ніч, еспумізан по 3 капс. 2-3 р на добу.

Застосування гелевих антацидів - фосфалюгель по 1 пак. тричі на день через 1 годину після їжі та на ніч. Використання гідрокарбонатних мінеральних вод типу "Поляна Квасова" ("Свалява") по 1 склянці через 1,5-2 години після їжі тричі на день, тривало і кожен раз при появі гіркоти в роті.

Електростимуляція стравоходного і пілоричного сфінктерів за допомогою СМТ — терапії.

5.3. Дисфункції жовчного міхура та сфінктера Одді

Дисфункції жовчного міхура та сфінктера Одді – це клінічні симптоми, що виникають в результаті моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура, жовчних проток і сфінктерів, при відсутності ознак органічної патології біліарної системи (конкременти, запалення). Виділяють три категорії функціональних розладів біліарної системи: дисфункція жовчного міхура (ЖМ), дисфункція сфінктера Одді (СО) біліарного типу, дисфункція СО панкреатичного типу (Римські критерії III, 2006р.).

Діагностичні критерії функціональних порушень ЖМ та СО повинні включати (Римські критерії III, 2006р.):

Епізоди болю в надчеревній ділянці та/або правому верхньому квадранті живота й відповідати такому:

- Тривалість епізодів 30 хв або довше.
- Поточні ознаки, що спостерігаються в різних інтервалах (не щодня).
- Біль зростає до постійного рівня.
- Біль помірний, але достатній, аби вплинути на діяльність пацієнта чи спричинити звернення до закладів «Швидкої медичної допомоги».

- Біль, що не зменшується після випорожнення.
- Біль, що не зменшується в разі зміни положення тіла.
- Біль, що не зменшується після приймання протисекреторних засобів.
- Заперечення іншої причини, котра пояснювала б симптоми.

Додаткові критерії:

- Біль може супроводжуватись 1 або кількома ознаками:
- Біль, пов'язаний з нудотою й блюванням.
- Біль ірадіює в спину й/або праву підлопаткову ділянку.
- Біль сприяє пробудженню вночі.

Дисфункція ЖМ — порушення моторної функції ЖМ, що виявляється систематичним біліарноподібним болем та, як наслідок — початковими метаболічними порушеннями (перенасичення жовчі холестерином) або зміною рухливості ЖМ без будь-яких, принаймі спочатку, відхилень у складі жовчі.

Діагностичні критерії дисфункції ЖМ повинні включати:

- Критерії дисфункції ЖМ та СО.
- Наявність ЖМ.
- Нормальні показники ферментів печінки, кон'югованого білірубину і амілази/ліпази.
- Дисфункція СО — порушення моторики СО, яке супроводжується болем, підвищенням рівнів печінкових та панкреатичних ферментів, розширенням загальної жовчної протоки або епізодичними проявами панкреатиту.

Діагностичні критерії дисфункції СО біліарного типу повинні містити обидва з нижченаведених критеріїв:

- Критерії дисфункції ЖМ та СО.
- Нормальні рівні амілази/ліпази.

Додатковий критерій: підвищення рівнів трансаміназ сироватки крові, лужної фосфатази або кон'югованого білірубину, тимчасово пов'язане принаймі із двома епізодами болю.

Відрізняють три категорії дисфункції СО біліарного типу:

- I варіант - виявляють біль біліарного типу; підвищення рівня білірубину, трансаміназ або основної фосфатази сироватки крові понад 2 рази, розширення загальної жовчної протоки більше, ніж на 8 мм (за даними УЗД), уповільнення виведення рентгенконтрастного препарату при ендоскопічній ретроградній холангіопанкреатографії (РХПГ) > 45 хв.;
- II варіант – біль біліарного типу у сполученні з будь-яким з порушень;
- III варіант – тільки біль біліарного типу без інших порушень.

Діагностичні критерії панкреатичного типу дисфункції СО повинні включати обидва з нижченаведених критеріїв:

- Ознаки дисфункції ЖМ та СО.
- Підвищення рівнів амілази/ліпази.

Виділяють наступні варіанти дисфункції СО панкреатичного типу:

- I варіант – наявність типового для панкреатиту больового синдрому, підвищення активності амілази та (або) ліпази сироватки крові вище верхньої межі норми у 1,5-2 рази, розширення

панкреатичної протоки в голівці підшлункової залози більше ніж на 6 мм., а в тілі – більше ніж на 5 мм., збільшення часу спорожнення протоки підшлункової залози від контрастного препарату після РХПГ більше ніж на 9 хв. у положенні лежачи на спині;

- II варіант – больовий синдром панкреатичного типу, наявні одне або два з порушень;
- III варіант – тільки больовий синдром типовий для панкреатиту, порушення відсутні.

Обов'язкові методи дослідження для пацієнтів з патологією органів травлення.

Основні методи дослідження:

- визначення лужної фосфатази та амілази/ліпази сироватки крові;
- УЗД з визначенням типу дискінезії (необхідні виміри об'єму жовчного міхура через 30 та 60 хв після сніданку Бойдена);
- дуоденальне зондування (для виключення запального процесу в жовчному міхурі, в внутрішньопечінкових протоках показана мікроскопія порцій В та С).

Додаткові методи дослідження:

- езофагогастродуоденоскопія;
- комп'ютерна та(або) магніто резонансна томографія;
- РХПГ.

Лікування:

У разі гіперкінетичної дисфункції жовчних ходів:

Дієта з виключенням холекінетиків (смажене, гостре, важкоплавкі жири, жовтки).

Медикаментозне лікування: міотропні спазмолітики: мебеверін (Дюспаталін) по 200 мг двічі на день за 30 хв. до їди; спазмоанальгетики (Спазмалгон) за 20-30 хв. до їжі 3-4 рази на день у відповідних дозах та лікарській формі. При II варіанті біліарного типу дисфункції СО можливе застосування антагоністів кальцію дигідропіридинового ряду (Ніфедипін).

Апаратна фізіотерапія (ДМХ-, УВЧ-, індуктотерапія на зону проекції жовчного міхура в теплових дозах), можлива гаряча грілка на праве підребір'я після їжі.

При гіпотонічній дисфункції жовчних ходів:

Дієта з додатковим введенням холекінетиків - жовтків (сирі або круто зварені яйця), сметани, вершкового та рослинного масла.

Жовчогінна терапія: Алохол або Фебіхол по 1 капс. за 30-40 хв до їжі тричі на день впродовж 4 тижнів.

Для підвищення скорочувальної функції показане застосування прокінетиків Мотіліум 10 мг 3-4 рази на день за 30 хв. до їжі.

При надлишку холестерину у ЖМ та його вторинній дисфункції, пов'язаній з холестерозом ЖМ застосовують урсодезоксіхолову кислоту - Урсофальк 10 мг/кг маси тіла на добу. Урсодезоксіхолова кислота не тільки зменшує надлишок холестерину у ЖМ та зменшує літогенний потенціал жовчі, а й знижує ефекти оксидантного стресу.

Вживання мінеральної води високої мінералізації (холекінез починається при концентрації мінеральних солей більше за 5 г/л). Краще за все розведення магнію сульфату в межах 5-10 г/л. «Сліпі» зондування (після прийому холекінетиків – активні рухи для правого підребір'я, заняття ЛФК).

Апаратна фізіотерапія (СМТ- терапія на зону проекції жовчного міхура, III-IV види робіт, 50-75 %, 30-50 Гц).

При дисфункції ЖМ або СО, які супроводжуються психоемоційними розладами, депресією необхідна консультація психоневролога та призначення відповідних психофармакологічних засобів.

При дисфункції СО панкреатичного типу I та біліарного типу I показана ендоскопічна папілосфінктеротомія.