

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Шифр МКХ-10: К80-К81

Хронічний холецистит – це хронічне рецидивуюче поліетіологічне захворювання, пов'язане із запальними змінами у стінці жовчного міхура.

Основну роль у розвитку холециститу відіграють – інфекція, застій жовчі, подразнення слизової оболонки жовчного міхура.

Класифікація

1. Наявність каменів:

- хронічний безкам'яний холецистит;
- хронічний калькульозний холецистит;

2. Стадія процесу:

- загострення;
- неповної ремісії;
- ремісії;

3. Ступінь тяжкості:

- легкий;
- середній;
- тяжкий;

Діагностика

1. Суб'єктивні дані:

- больовий синдром (тупий, ниючий), біль в ділянці правого підребер'я, з іррадіацією в праву половину грудної клітки, в праву ключицю, шию справа, праве плече, лопатку, біль посилюється від жирної та смаженої їжі;

- диспептичний синдром (важкість у правому підребер'ї, надчеревній області, здуття живота, нудота, гіркота в роті, порушення випорожнення, іноді – зниження апетиту);

- явища інтоксикації (слабкість, головний біль, тіпанки, біль в суглобах, в ділянці серця, субфебрильна температура, прискорене серцебиття).

2. Об'єктивні дані:

- позитивні міхурові симптоми (Кера, Ортнера, правобічний френікус – симптом, Боасе та ін.);

- помірне збільшення розмірів печінки, болючість при пальпації.

3. Ультразвукове дослідження:

- потовщення стінок жовчного міхура;

- пластівчастий вміст міхура;

- наявність сонографічного симптому Мерфи (болючість при натисканні датчиком приладу на ділянку проекції жовчного міхура);

- наявність затінків від стінок жовчного міхура;

- наявність паравезикального ехонегативного ободка набряку;

- конкременти;

- обкладений язик, часто з відтисками зубів.

4. Дуоденальне зондування:

- каламутність жовчі в порції В;

- наявність слизу, великої кількості клітин циліндричного епітелію, лейкоцитів та їхніх скупчень;

- кристали холестерину;
- можлива наявність паразитів;
- патогенна флора за даними бактеріологічного посіву.

5. Диференційну діагностику проводять з наступними захворюваннями:

- інфекції сечових шляхів;
- сечокам'яна хвороба;
- захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки;
- захворювання підшлункової залози.

Медична допомога вагітним

1 Вирішення питання про можливість виношування вагітності:

1.1. Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):

- механічна жовтяниця,
- часті напади печінкової коліки,
- гнійне запалення жовчного міхура.

Стан після холецистектомії не перешкоджає виношуванню вагітності.

2. Амбулаторне ведення - див. алгоритм.

2.1. Спостереження вагітної з хронічним холециститом в жіночій консультації проводять спільно з терапевтом

2.2. Обстеження (окрім загального для усіх вагітних):

- УЗД печінки, жовчного міхура, підшлункової залози та селезінки;
- визначення концентрації в крові білірубіну, АлАТ, АсАТ, лужної фосфатази, амілази, холестерину;
- клінічний аналіз калу;
- дуоденальне зондування з клінічним та бактеріологічним дослідженням жовчі.

2.3 За умови відсутності загострення процесу профілактично призначають:

- лікувальну фізкультуру;
- раціональне харчування (стіл №5 в теплому вигляді, прийом їжі не менше 5 разів на добу);
- лікувальні дуоденальні зондування (тільки при безкам'яному холециститі) – 1 раз на тиждень – 4-6 разів у II та III триместрах. В якості жовчогінних засобів застосовують 2 склянки відвару шипшини або мінеральної води, 1-2 столові ложки оливкової олії, 50-60 мл 25-33 % розчину сульфату магнію, 20 г сорбіту чи 20 г ксиліту, розчинених у 100 мл води.

Жовчогінні засоби:

- 1) препарати що містять жовчні кислоти (хологон, дехолін, аллохол, холензим, ліобіл);
- 2) препарати рослинного походження (фламін, холосас, холагол, хофитол, холагогум, гепабене);
- 3) гідрохолеретики мінеральні води “Єсентуки” №17 та 4, “Трускавецька”, “Смирновська”, “Славянська”, “Нафтуся” та інш.;
- 4) холекінетики (ксиліт, сорбіт, магнію сульфат, рослинні олії - соняшникова, оливкова, обліпихова).

2.4 У разі загострення процесу призначають:

- звільнення від роботи;
- дієта - стіл №5;
- для ліквідації болювого синдрому – М-холінолітики (платифілін, пірензепін), міотропні спазмолітики (дротаверин, папаверин);

- у разі супутній гіпотонічно-гіпокінетичній дискінезії – прокінетики (метоклопрамід), холекінетики (ксиліт, сорбіт, магнію сульфат, рослинні олії - соняшникова, оливкова, обліпихова);
- фізіотерапевтичні методи (солюкс, аплікації озокериту, УВЧ на ділянку правого підребер'я) – при затуханні запалення;
- фітотерапія (настої м'яти, ромашки, кропиви, нагідок лікарських, цикорію, безсмертнику, кукурудзяних рилець, шипшини);
- антибактеріальна або антипаразитарна терапія (в залежності від збудника) упродовж 1-2 тижнів у середніх терапевтичних дозах (ампіцилін/сульбактам, амоксицилін/клавуланова кислота, нітроксолін, еритроміцин).

Розродження проводить з врахуванням акушерської ситуації при доношеній вагітності.

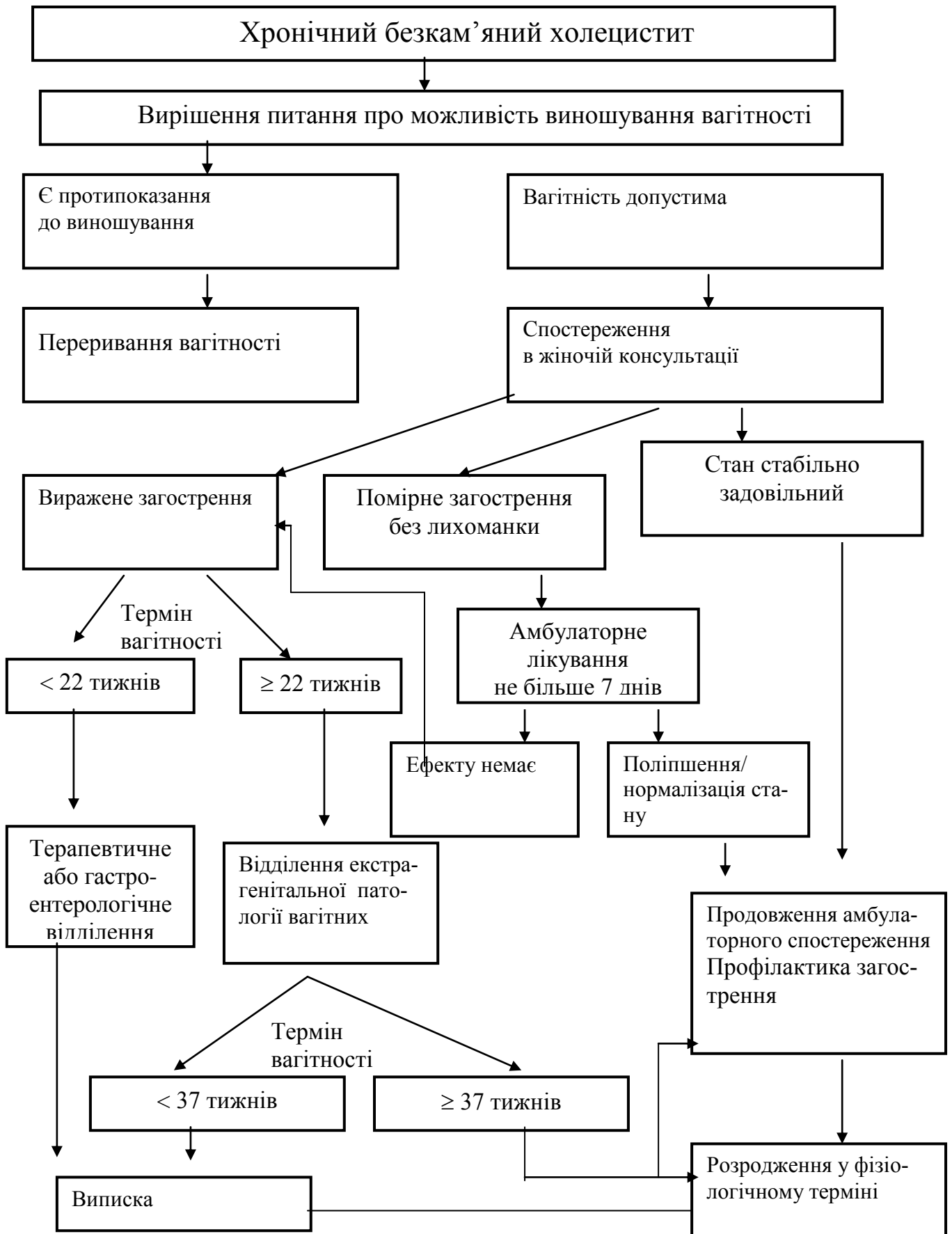
Післяпологовий період:

- охоронний режим
- збалансоване харчування (дієта №5)
- хвора може бути виписана залежно від інволюції матки на 3-5 добу. При виписуванні оцінюють стан хворої. При неповній стабілізації стану – показаний перевід у терапевтичне відділення або у хірургічній стаціонар.

Після виписки із пологового будинку спостереження за жінками з хронічним холециститом:

- у хворих з безкам'яним холециститом проводять реабілітацію на терапевтичній ділянці, у санаторіях шлунково-кишкового профілю.
- у жінок з калькульозним холециститом вирішують питання про планове оперативне лікування.

**Алгоритм
ведення вагітної з хронічним безкам'яним холециститом**



Алгоритм
ведення вагітної з хронічним калькульозним холециститом

