

Значення профілактичних заходів стосовно хронічного панкреатиту при захворюваннях жовчовивідних шляхів, жовчного міхура

Д. О. Гонцарюк¹, Т. М. Христинч², Е. О. Жигульова²

¹Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

²Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, Кам'янець-Подільський, Україна

Ключові слова: жовчний міхур, дискінезія жовчного міхура, біліарний сладж, консервативне та хірургічне лікування, постхолецистектомічний синдром, хронічний панкреатит, профілактика

До захворювань жовчовидільних шляхів відносять функціональні розлади біліарного тракту, хронічний некаменевий холецистит, жовчнокам'яну хворобу, постхолецистектомічний синдром (ПХЕС) [20]. Якщо розглядати функціональні розлади біліарного тракту, то в основі патогенезу лежать порушення нервової та гуморальної систем, які регулюють тонус і скоротливість жовчного міхура, проток і сфінктерів. Слід вказати, що гіпермоторні біліарні дискінезії часто пов'язані з ваготонією (скорочування міхура, спазм сфінктерів міхурової і загальної жовчної протоки). Гіпомоторні варіанти часто пов'язані з симпатикотонією, що необхідно враховувати при проведенні диференційної діагностики і лікуванні дітей. З погляду на диференційну діагностику, важливими є анамнестичні дані, які дозволяють віддиференціювати біліарну дисфункцію сфінктера Одді від панкреатичного типу дисфункції. На цьому етапі розлади можна контролювати, використовуючи дієтичні заходи, лікувальну фізкультуру, фізіотерапію і деякі рослинні препарати, щоб профілакувати розвиток хронічного холециститу.

Хронічний холецистит — це запальне захворювання, яке є хронічним. Його розвитку сприяють функціональні розлади моторики біліарного тракту і зміни у фізико-хімічному складі жовчі (дисхолія). У розвитку захворювання значення мають не тільки перераховані фактори, а й інфекції, гельмінтози, порушення кровопостачання у стінці жовчного міхура. Диференційна діагностика складна, оскільки існують «маски». Так, розрізняють гастроєзофалгічну, кишкову та кардіальну форму (яку описав С. П. Боткін як міхурово-кардіальний синдром). Такі хворі необхідно лікувати медикаментозними засобами відповідно до симптоматики, зважаючи на можливість алергічних проявів. За наявності біліарного сладжу з метою профілактики ризику формування жовчнокам'яної хвороби необхідним є динамічне спостереження.

Існує твердження, що хронічний некаменевий холецистит є першою фазою формування жовчнокам'яної хвороби, але це не є стовідсотковим явищем. Жовчнокам'яна хвороба — захворювання гепатобіліарної системи, зумовлене порушенням холестеринового/білірубінового обміну і характеризується утворенням конкрементів у жовчному міхурі (холецистолітіаз) або у жовчних протоках (холедохолітіаз). Етіологічним і патогенетичним моментом можуть бути і метаболічний синдром, і захворювання органів травлення, які супроводжуються порушенням всмоктування, зменшенням пула жовчних кислот (що сприяє утворенню холестеринових каменів тощо). Частіше за все у третини пацієнтів проводиться оперативне лікування захворювання, ускладненням якого є ПХЕС (у більш широкому трактуванні, ніж дисфункція сфінктера Одді).

Отже, зважаючи на викладене, у завдання медичних працівників первинної і вторинної ланки медичної допомоги входить профілактика перелічених станів та захворювань. З метою попередження хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби та формування тактики реабілітаційних заходів після хірургічного втручання значення має не тільки попередження прогресування хронічного запалення жовчного міхура, але і профілактика утворення жовчних каменів.

Профілактика утворення жовчних каменів полягає в усуненні причин, що сприяють застою жовчі і порушенню обміну речовин. Для профілактики утворення біліарного сладжу або конкрементів рекомендується обмежити прийом продуктів, які вміщують холестерин (жири тваринного походження) та жирні кислоти (жири, які пройшли термічну обробку при температурі вище 100 °С). Щодо режиму і ритму прийому їжі, то рекомендується 4–6-кратний прийом, додавання харчових волокон у вигляді овочів та фруктів, висівки можна використовувати у вигляді каш, хліба, патентованих препаратів. За надлишкової

маси тіла рекомендується повільне її зниження, призначають низькокалорійні дієти. При голодуванні або при проведенні шунтуючих операцій додатково призначається урсодезоксихолева кислота (УДХК) в дозі 10 мг/кг/добу. Зважаючи на властивість УДХК знижувати рівень холестерину та зменшувати літогенність жовчі, нормалізувати ефекти оксидативного стресу, її рекомендують застосовувати за наявності біліарного сладжу, за дискінезії жовчного міхура без ознак патологічних змін у самому міхурі. Для попередження застою жовчі в жовчному міхурі та з метою профілактики каменеутворення рекомендують вживати жовчогінні засоби: препарати рослинного походження (безсмертник, кукурудзяні рильця, піжму, Холосас, жовчогінні чаї), мінеральні води та холекінегетики (сорбіт, маніт, сульфат магнію).

За необхідності впливати на характер дискінезій жовчного міхура застосовують і медикаментозні засоби. Так, при *гіпертонічно-гіперкінетичній* дискінезії рекомендується призначення мебеверину, прифінію броміду (Ріабалу) по 30 мг 3 рази на добу, дротаверину по 1–2 таблетки 2–3 рази на добу, Метеоспазмілу (1 капсула 3 рази на добу упродовж 3 тижнів). Можна призначити рослинні комбіновані препарати — Гепабене, Галстену (при гастралгічній симптоматиці). При *гіпотонічно-гіпокінетичній* дискінезії рекомендують холеретичні препарати, такі як Хофітол (по 2 таблетки 3 рази на добу перед їдою), Алохол (по 1–2 таблетки 3 рази на добу під час їди). Призначають стимулятори перистальтики (Мотиліум по 10 мг 3–4 рази до прийому їжі). За наявності розладу психофізіологічного статусу добре зарекомендував себе Еглоніл (по 50 мг на ніч впродовж 10 днів). При *гіпотонічно-гіперкінетичній* дискінезії рекомендують рослинні холеретики і холекінегетики, холеспазмолітик і холеретик Одестон (по 1–2 таблетки за 30 хвилин до їди упродовж 3 тижнів), Спазмобрю (скополаміну бромід) по 10 мг 3 рази на добу упродовж 3 тижнів [19]. Із фізіотерапевтичних методів широко застосовують синусоїдальні модульовані токи, які мають анальгетичний, протизапальний та трофічний ефект. Щодо бальнеолікування, при гіперкінетичних розладах рекомендуються води малої інтенсивності з переважанням іонів гідрокарбонату, сульфату, хлору, натрію, магнію («Свалівська», «Миргородська», «Нафтуся»). З метою антиспастичного ефекту рекомендують вживати мінеральну воду 40 °С за 30–90 хвилин до їди залежно від стану кислотоутворювальної функції (по 200 мл 3 рази на добу). При гіпокінетичних розладах показані води середньої мінералізації. За умов вираженої гіпотонії жовчного міхура мінеральні води можна призначити у холодному вигляді [7].

У *доклінічній стадії* жовчнокам'яної хвороби лікування спрямоване на боротьбу з факторами ризику й зниження літогенності жовчі. З цієї метою рекомендується активний спосіб життя, заняття фізкультурою й спортом, які зменшують застій жовчі й гіперхолестеринемію. При підвищеній масі тіла вона повинна бути нормалізована. Рекомендується дієта з виключенням аліментарних надмірностей, жирної, висококалорійної й гіперхолестеринемічної їжі.

Не менш важливим фактором є регулярність приймання їжі (по годинах), особливо якщо є будь-яка аномалія жовчного міхура. Зменшенню застою жовчі сприяє рослинна дієта — вживання 100–150 г сирих овочів і фруктів (морква, капуста, яблука тощо), якщо вони не викликають відчуття болю. Пацієнтам із хронічним холециститом дозволено їсти фрукти і ягоди тільки солодких сортів. Забороняється вживати щавель, шпинат, бобові культури, а також гриби. Дуже важливо, щоб у харчовому раціоні було присутнє оптимальне співвідношення білків рослинного та тваринного походження, бо дотримання цієї умови допоможе нормалізувати роботу жовчного міхура. Щодо рослинного білка, то він міститься в овочах, фруктах, ягодах і борошнених виробах. Краще всього вживати страви у недосоленому вигляді, а добова норма солі не повинна перевищувати 10 г [17]. Проводиться корекція ендокринних порушень при цукровому діабеті, гіпотиреозі, гіперестрогенемії, які часто бувають провісниками жовчнокам'яної хвороби.

У другій стадії жовчнокам'яної хвороби лікувальне харчування та інші загальні заходи такі ж, як і в першій стадії. Але в цій стадії все ж таки можна використовувати нехірургічні підходи для позбавлення хворого від каменів. Оптимальним практичним варіантом тактики в другій стадії жовчнокам'яної хвороби повинна бути взаємодія терапевтів, гастроентерологів і хірургів. Така взаємодія припускає наявність загально погоджених уявлень щодо формування груп пацієнтів з показаннями для хірургічного або терапевтичного лікування [18].

Існує два підходи до ведення хворих із жовчнокам'яною хворобою — консервативний і хірургічний (інвазивна та малоінвазивна стратегія). Спосіб лікування залежить від клінічного перебігу захворювання. При неускладненому перебігу жовчнокам'яної хвороби хворий може брати участь у виборі методу лікування. Лікування обов'язково показано у таких випадках: 1) поява жовчних кольок; 2) загроза розвитку ускладнень; 3) вже сформовані ускладнення; 4) підвищений ризик розвитку раку жовчного міхура. Основні стратегії лікування жовчнокам'яної хвороби включають інвазивні (майже 100%), малоінвазивні (30–70%) та неінвазивні методи (20–60%). До інвазивних методів відносять холецистектомію, холецистолітотомію, холецистостомію. Малоінвазивні методи включають екстракорпоральну ударно-хвильову літотрипсію, контактний літоліз. Неінвазивний метод — це пероральний літоліз препаратами жовчних кислот.

Консервативні методи лікування. Основний терапевтичний підхід — це медикаментозний літоліз (розчинення) жовчних каменів за допомогою препаратів УДХК [3]. Слід пам'ятати, що медикаментозному розчиненню піддаються тільки холестеринові камені, які складають основну питому вагу каменів жовчного міхура (не менше 70%). Принцип методу базується на тому, що УДХК нормалізує співвідношення інгредієнтів жовчі, зменшує біосинтез холестерину в печінці й насичення його у жовчі, підвищує колоїдну стабільність жовчі і таким чином створює умови

для розчинення каменів. УДХК розчиняє камені і в міцелах, і в кристалічній формі. Пероральний медикаментозний літоліз препаратами жовчних кислот доступний звичайно не більше ніж у 20% хворих. Препаратом вибору є УДХК в капсулах (Урсосан) по 250 мг — 15 мг/кг/добу одноразово ввечері перед сном (або 2 рази на добу — в обід і на ніч) протягом 6–18–24 місяців (загальна ймовірність рецидиву після розчинення каменів — 50%). При правильному підборі пацієнтів у 60–70% з них повне розчинення конкрементів спостерігається упродовж 18–24 місяців. Після успішного медикаментозного літолізу рецидиви каменеутворення бувають щорічно у 10% пацієнтів. Тому ультразвуковий моніторинг рецидиву жовчних каменів проводиться 1 раз на 6 місяців. Із появою рецидиву рекомендується повторне лікування. У пацієнтів на тлі метаболічного синдрому була встановлена ефективність пероральної літотрипсії Урсосаном (виробник «ПРО.МЕД ЦС Прага а.с.») при добовій дозі 10 мг/кг маси тіла за поєднання жовчнокам'яної хвороби. Встановлено, що ефективність значно вища в осіб, які не мають метаболічного синдрому.

Для визначення стратегії та тактики лікування жовчнокам'яної хвороби необхідно зважати на показання та протипоказання для медикаментозного літолізу при даному захворюванні.

Показаннями вважають: наявність холестеринових каменів, які відносять до рентгеногегативних, кількостю від одного до п'яти, що легко зміщаються й спливають при зміні положення тіла, загальним розміром не більше 1,5–2,0 см; функціонуючий жовчний міхур (порожнина міхура зайнята каменями не більше ніж на 1/2 об'єму); відсутність каменів у жовчних протоках; давність первинної діагностики жовчних каменів не більше 2–3 років; заборона прийому клофібрату, холестираміну, антацидів, естрогенів; висока прихильність до лікування (згода хворого упродовж багатьох місяців дотримуватися програми лікування)

Протипоказаннями та обмеженнями вважають: ускладнення жовчнокам'яної хвороби, зокрема гострий і хронічний холецистит; відключений жовчний міхур; часті жовчні кольки; вагітність; виражене ожиріння; супутні захворювання (виразкова хвороба, хронічний гепатит, хронічний панкреатит (ХП), цукровий діабет, запальні захворювання кишечника); хронічна діарея; рак жовчного міхура; пігментні або кальциновані конкременти; будь-які конкременти розміром більше 15 мм; множинні конкременти, які займають більше 50% просвіту жовчного міхура; нездатність тривало (6–24 місяці) приймати медикаменти.

Лікування жовчнокам'яної хвороби з застосуванням екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії, тобто з дробленням великих конкрементів на дрібні фрагменти для їх подальшого медикаментозного розчинення, є ще одним із нехірургічних методів. Зараз для лікування пацієнтів з конкрементами жовчного міхура цей метод практично не застосовується, а використовується здебільшого для дроблення й наступного розчинення каменів у жовчних протоках. Метод нехірургічного видалення каменів із

жовчного міхура — контактний літоліз — полягає у введенні в жовчний міхур (під контролем лапароскопу або ультразвукового дослідження) тонкого катетера і введення через нього 5–10 мл спеціальної речовини, що розчиняє камені контактним шляхом. Метод дозволяє розчинити понад 90–95% холестеринових каменів, але він застосовується тільки в окремих спеціалізованих центрах за кордоном.

Хірургічні методи лікування. Основним методом лікування жовчнокам'яної хвороби наразі є хірургічний — проведення лапароскопічної («золотий» стандарт) або відкритої холецистектомії. Тому консультація хірурга при жовчнокам'яній хворобі обов'язкова у всіх випадках. Лікарям терапевтичного спрямування важливо знати хірургічні методи лікування, показання та протипоказання, ускладнення, оскільки вони мають проводити реабілітаційні заходи, а ще тому, що є необхідність у роз'ясненні необхідності того або іншого хірургічного втручання пацієнтам та їх родичам. При жовчнокам'яній хворобі рекомендоване оперативне втручання при відповідній підготовці (тоді ймовірність післяопераційних ускладнень зменшується) або за життєвими показаннями (при розвитку хірургічних ускладнень — емпієми, перфоратії, перитоніту тощо). Холецистектомію, холецистостомію, холецистостомію обов'язково проводять з урахуванням показань і протипоказань.

До показань відносять жовчнокам'яну хворобу із симптоматикою; часті рецидивуючі жовчні кольки; гострий і хронічний холецистит; усі хірургічні ускладнення; нефункціонуючий жовчний міхур; підозру на рак жовчного міхура. *До протипоказань відносять* загальні протипоказання до операції; хвороби споживання; порушення згортання крові, що не піддаються корекції.

Після впровадження у клінічну практику в 1985 р. лапароскопічної холецистектомії вона стала дуже популярним методом хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби і вийшла на рівень «золотого» стандарту. Зараз більшість операцій виконується з використанням лапароскопічного доступу.

Показаннями до проведення лапароскопічної холецистектомії є жовчнокам'яна хвороба з симптоматикою; хронічний холецистит із симптомами. *Відносними протипоказаннями до проведення лапароскопічної холецистектомії вважають* гострий холецистит; холедохолітіаз; виражене ожиріння; попередні операції на черевній порожнині; зморщений жовчний міхур; «фарфоровий» жовчний міхур; емпієма жовчного міхура; діафрагмальні грижі. Існують *абсолютні протипоказання до проведення лапароскопічної холецистектомії.* Це тяжкі захворювання серцево-судинної та дихальної систем; портальна гіпертензія; порушення згортання крові; кишкова непрохідність; перитоніт; інфекції черевної стінки; гострий холангіт; гострий панкреатит.

Загальний ризик летальності внаслідок холецистектомії варіює в межах 0,14–0,15% у різних дослідженнях і залежить від віку і фізичного стану пацієнтів. Після холецистектомії спостерігається збільшення випадків шлунково-стравохідного рефлюксу жовчі й діареї (у пацієнтів із синдромом подразненої

кишки). До підвищення загального ризику летальності внаслідок холецистектомії все більшого значення набуває така проблема, як ушкодження жовчної протоки і пов'язаний з цим абдомінальний біль [12]. Наведені дані є ще одним беззаперечним аргументом проти проведення лапароскопічної холецистектомії при безсимптомних жовчних каменях. Коли група з 9 хірургів оцінила дані 252 пацієнтів, які повинні були піддатися холецистектомії, вони зійшлися в поглядах на тому, що операція була показана тільки у 52% випадків, і не могли погодитися з необхідністю проведення операції у 44% пацієнтів. Якщо взагалі немає ніяких симптомів, то стає зрозумілим, що холецистектомія не дає жодних переваг пацієнтам із безсимптомними жовчними каменями та одним неускладненим нападом болю. Внаслідок порушення концентрації і функціональної активності апікального натрійзалежного транспортера жовчних кислот, у 1–2% пацієнтів, що перенесли холецистектомію, спостерігається хронічна діарея, їм для лікування потрібні препарати, що секвеструють жовчні кислоти.

Співвідношення ризику/користі від холецистектомії проявляється у наступному: приблизно з 10 000 пацієнтів із безсимптомними каменями у 200 протягом 10 років розвиваються гострі ускладнення з рівнем смертності 2,5% (5 пацієнтів), у 100 пацієнтів з'являється гострий панкреатит із рівнем смертельних наслідків у 10 пацієнтів (тобто 10%). Зауважимо, що вартість профілактичної хірургії є дуже високою (за розрахунками, що базуються на середній вартості в британських госпіталах). Але така *тактика може застосовуватися* в пацієнтів, що мешкають в регіонах, які знаходяться далеко від місць проведення медичного лікування; пацієнтів з імунною супресією, зокрема після трансплантації (у них може бути дуже високий ризик розвитку такого ускладнення, як холангіт, при застосуванні, наприклад, циклоспорину А); у пацієнтів літнього віку з інсулінозалежним цукровим діабетом (хоча в них не спостерігається підвищене поширення каменів, але є високий ризик того, що в них можуть розвинутися ускладнення запального характеру); при швидкій втраті маси тіла; у пацієнтів із кальцифікованим «порцеляновим (фарфоровим)» жовчним міхуром (вони мають високий ризик утворення раку жовчного міхура).

Операція холецистолітотомії показана лише в поодиноких випадках, коли виконання холецистектомії неможливе з об'єктивних причин (високий операційний ризик, тяжкий гострий холецистит) або у зв'язку з відмовою хворого. Операція холецистостомії застосовується для тимчасового зовнішнього дренивання жовчного міхура. Її метою є швидка декомпресія жовчного міхура при гострому холециститі в тих випадках, коли виконання холецистектомії під загальною анестезією виявляється неможливим [16].

Після оперативного втручання рекомендується індивідуальний дієтичний режим (часте дробне харчування з виключенням або обмеженням індивідуально непереносимих продуктів, жирної, смаженої їжі — дієта, режим праці й відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується алкоголь. Санаторно-курортне лікування після

операції показане при стійкій ремісії (Моршин, Трускавець, Свалява, Березовські Мінеральні Води, Миргород, Куяльник).

Слід зазначити, що видалення жовчного міхура вирішує лише проблему нападу жовчної кольки, калькульозного холециститу. Але загальні та печінкові механізми розвитку захворювання зберігаються. У частини пацієнтів розвивається ПХЕС, який засвідчує функціональні та органічні порушення сфінктера Одді, зміни позапечінкових та серединнопечінкових проток, прогресування ХП, що трактується як ПХЕС.

ПХЕС — збірне поняття, це захворювання, які прямо або опосередковано пов'язані з оперативним втручанням, а також із захворюваннями, що прогресують внаслідок проведеної операції. До таких захворювань відносяться холедохолітиаз, рецидивний або резидуальний холедохолітиаз, стенозуючий дуоденальний папіліт (папілярний стеноз), активний спасечний процес у підпечінковому просторі, хронічний біліарний панкреатит, рубцове звуження крупних жовчних проток, синдром довгої культи міхурової протоки, а також функціональні розлади сфінктера Одді [2].

У розвитку ПХЕС значення має стан великого дуоденального сосочка на момент виконання операції на жовчному міхурі. Його ушкодження часто зумовлено міграцією каменя по загальній жовчній протоці. Стенозуючий папіліт відіграє важливу роль у розвитку порушень циркуляції жовчі та виникненні жовчної гіпертензії. Саме папілярному стенозу відводиться важлива роль в патогенезі більшості захворювань, які складають поняття ПХЕС (рецидив каменеутворення в загальній жовчній протоці, біліарний панкреатит, синдром довгої культи жовчного міхура). Тому на сучасному етапі превалює думка про те, що холецистектомію доцільно проводити разом із папілосфінктеротомією (оскільки це попереджає ранній розвиток ПХЕС у 50–60% випадків). Формуванню цього стану сприяє дуоденальна гіпертензія та відсутність жовчного міхура. Відсутність нормальної циркуляції жовчі супроводжується холестазом, створюючи позитивні умови для розвитку біліарної інфекції.

З метою попередження ускладненого перебігу після операції, необхідно проводити передопераційну підготовку. Вона складається з купірування гострого процесу, який може розвинутися завдяки втручанням (для цього призначають антибактеріальну терапію, проводять дезінтоксикацію, використовують спазмолітики (Дуспаталін), підготовку кишечника, призначаючи лактулозу (Дуфалак) як засіб послабляючої дії (до 45 мл), очисну клізму).

Завданнями раннього післяопераційного періоду є нормалізація післяопераційних порушень моторики (призначають мебеверин (Дуспаталін) по 200 мг 2 рази на добу, Дуфалак по 15–45 мл); проводять профілактику післяопераційного панкреатита, дисфункції сфінктера Одді та дискінезії кишечника (застосовують мебеверин по 200 мг 2 рази на добу). Він купірує біль, який зумовлюється дисфункцією сфінктера Одді, диспепсією, метеоризмом, порушенням кишкової перистальтики. Важливо, що це спазмолітик із селективною дією і може призначатися при глаукомі, гіпертрофії передміхурової залози. Він

усуває спазм сфінктера Одді, не допускає його недостатності, нормалізує ширину загальної жовчної протоки, блокує обидва механізми розвитку ХП та купірує панкреатичний больовий синдром. Важливо, що препарат не впливає на збережену скоротливу функцію сфінктера Одді і жовчного міхура, тобто діє тільки при дисфункціях. Він ефективний при дуоденостазі, який може ускладнювати перебіг у пізньому післяопераційному періоді [5]. За наявності легких нападів болю можна застосовувати такий спазмолітик, як дротаверин (Но-Шпа, Но-Шпа форте) 40–80 мг 2–3 рази на добу усередину, внутрішньом'язово та внутрішньовенно), препарати нітроглицерину (якщо больовий синдром нагадує стенокардію). Препарат дозволяє досить швидко й ефективно купірувати больовий синдром у хворих з біліарними дисфункціями, забезпечує адекватне спорожнювання внутрішньо- і позапечінкових жовчних проток, своєчасне й безперешкодне надходження жовчі у дванадцятипалу кишку (ДПК). Він не чинить негативної дії на секреторну функцію травних залоз і процеси кишкової абсорбції.

За наявності у більшості хворих відносної ферментної недостатності підшлункової залози (ПЗ) (зокрема через порушення процесу змішування ферментів із харчовим хімусом) доцільно використовувати ферментну замісну терапію. У пізньому післяопераційному періоді існує завдання скоротити терміни соціальної реабілітації шляхом покращення моторики кишечнику, нормалізації мікрофлори та процесу травлення, призначаючи Креон згідно зі ступенем зовнішньосекреторної недостатності ПЗ. З метою корекції розладів травлення при ПХЕС доцільно (зокрема в процесі реабілітації) призначати препарат Пангрол 25000. Зазвичай рекомендують Пангрол 25000 3 рази на добу під час їди упродовж 3–4 тижнів, а потім по 1 капсулі під час їди при харчовому перевантаженні, поповнюючи відносний дефіцит панкреатичних ферментів [10].

Антибактеріальна терапія рекомендується з метою попередження розвитку інфекцій, запалення. Рекомендується ципрофлоксацин у дозі 200 мг 2 рази на добу, Бісептол у дозі 960 мг 2 рази на добу, фуразолідон по 0,1 г 3 рази на добу, метронідазол по 0,25 г 4 рази на добу (з огляду на їх протипоказання).

Після холецистектомії часто розвиваються патологічні зміни стравоходу, шлунка, ДПК, вони мають тенденцію до прогресування. Роль при цьому відіграє пошкодження моторики шлунково-кишкового тракту, дуоденогастральний рефлюкс через присутність в ньому панкреатичних ферментів та жовчних кислот, що ушкоджують слизову оболонку шлунка та стравоходу. Виникає недостатність пілоричного та кардіального сфінктерів, дискоординація між антральним і пілоричним відділом шлунка, ДПК (антродуоденальна дисмоторика). Саме у випадках антродуоденальної дисмоторики, при дуоденостазі, дуоденогастральному рефлюксі показані прокінетики. Рекомендується застосовувати прокінетик II покоління — домперидон. Оригінальний препарат Мотиліум практично не проникає через гематоенцефалічний бар'єр (не викликає тризм, спазм лицевої

мускулатури, спазм екстраокулярних м'язів, спастичну кривошию, м'язовий гіпертонус), не є причиною паркінсонізму, не підвищує тривожність, розгубленість, не сприяє виникненню або посиленню шуму у вухах [9]. Рекомендується також застосовувати мосаприду цитрат — селективний прокінетик, агоніст 5-НТ₄-рецепторів серотоніну, який підсилює перистальтику верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Призначають по 5 мг (1 таблетка) 3 рази на добу до або після їди.

Модулює моторику ДПК і худі кишки Дебридат (тримебутину малеат, Тримспа). Препарат є синтетичним агоністом опіоїдних рецепторів, діє на енкефалічну систему шлунково-кишкового тракту. Він модулює вісцеральну чутливість, зменшуючи вираженість вісцерального болю, чинить прокінетичну, пропульсивну, спазмолітичну дію, регулює перистальтику усього травного тракту. Призначається по 100–200 мг 3 рази на добу (добова доза 600 мг). При значно вираженому больовому синдромі можна вводити внутрішньовенно або внутрішньом'язово по 50–100 мг [15].

Добре себе зарекомендували такі міотропні спазмолітики, як Ентероспазміл та гімекромон (Одестон), які попереджають спазм сфінктера Одді. Одестон є селективним спазмолітиком, що збільшує утворення та виділення жовчі, впливає на стан жовчних проток і сфінктера Одді. При застосуванні препарату знижується перистальтична діяльність травного тракту, зменшується застій жовчі, попереджається кристалізація холестерину, затримується розвиток холестазу. Призначається гімекромон по 200–400 мг 3 рази на добу за 30 хвилин до їди упродовж 2 тижнів.

Для захисту слизової оболонки стравоходу та шлунка від жовчних рефлюксів доцільно призначати Гавіскон та Маалокс — антацид, який зв'язує жовчні кислоти. При хологенній діареї показані алюміній-вмісні антациди (Алюгастрин, Алюмаг, Фосфалюгель, Смекта). Тривалість курсу — до 7 днів. Не можна їх прийом поєднувати з Хілаком форте. З метою впливу на інтоксикаційний синдром показаний прийом сорбентів (Ентеросгель по 1 столовій ложці або у капсулах, 2–3 рази на добу до 5 днів і Сорбекс по 1 капсулі 2 рази на добу). При мікробній контамінації ДПК, яка виникає внаслідок бродильно-гнилісних процесів, доцільно призначати рифаксимін (по 400 мг 2–3 рази на добу), Інтетрикс (по 1 капсулі 4 рази на добу) із наступним курсом комбінованих пробіотиків або синбіотиків.

ПХЕС сприяє змінам структури і функції печінки та ПЗ. За думкою Н. Б. Губергріц та співавт. (2015) з метою корекції таких станів доцільно призначати метадоксин (препарат Ліверія ІС). Препарат представляє собою піридоксин-L-2-піролідон-5-карбоксилат. Він бере участь у печінковому метаболізмі вуглеводів, жовчних кислот, амінокислот. Піролідон є попередником глутатіону, глутаміну, полегшує синтез АТФ, діє синергічно з піридоксином. Препарат має дезінтоксикаційний ефект, антифібротичну, антиоксидазну, протистеатозну та протиатеросклеротичну дію, поліпшує зовнішньосекреторну функцію ПЗ, знижує інтенсивність

інтоксикаційного синдрому. Завдяки дофамінергічному ефекту та впливу на ГАМК, серотонін, епінефрин, норепінефрин проявляється його антидепресивна та анксиолітична дія [6].

Після холецистектомії при повному відновленні прохідності жовчних та панкреатичних проток усувається або *знижується ступінь патологічних змін у ПЗ, панкреатити регенерують*, підвищується їх активність. Секреція трипсину відновлюється до 6 місяців, амілази — упродовж 2 років. Тим не менш при тривалому перебігу патологічного процесу повного відновлення тканини залози не відбувається. Клінічні прояви ХП можуть виникати в будь-який час після операції. Частота виявлення ХП після холецистектомії становить від 15 до 90% випадків, частіше в перші 6 місяців. Оскільки в основі розвитку ХП або його загострення є порушення току панкреатичного соку, з метою корекції можна застосовувати спазмолітичний препарат Спазмомен — отилонію бромід (селективний спазмолітик, блокатор кальцієвих каналів [2, 3]. Автори рекомендують у комплексному лікуванні застосовувати Дуфалак, Ентерожерміну, Лаціум, Ентерол, Лактіале.

Холецистектомія не позбавляє від обмінних порушень, зокрема від печінково-клітинної дисхолії. При цьому літогенність жовчі та порушення холестеринного обміну в печінці у багатьох випадках залишаються. Розвивається, а в деяких випадках прогресує низькоінтенсивне хронічне запалення, формуючи захисні компенсаторні та адаптаційні процеси у печінці, що викликано видаленням жовчного міхура. Із порушень стану печінки після холецистектомії найчастіше реєструється стеатоз, що поглиблює порушення обмінних процесів, особливо жовчних кислот та ліпідів із можливим розвитком холестазу. Тому застосування УДХК є патогенетично виправданим. Призначення персоналізованого дієтичного лікування та препарату УДХК (наприклад Холудексану у дозі 900 мг на добу упродовж 1–3 місяців) зменшує сонографічні ознаки стеатозу печінки, діаметр холедоуху, вміст атерогенних ліпідів [1]. Важливо враховувати, що УДХК достовірно зменшує прояви біліарної диспепсії, які часто супроводжують ПХЕС.

Для лікування ПХЕС згідно з патогенетичними механізмами розвитку можна призначати комбінований препарат Холоплант. Препарат складається з УДХК, екстракту листя артишока, екстракту кореня дягеля лікарського. Екстракт листя артишока має протипоксидантні властивості, він інгібує желатиназну активність і секрецію металопротеїнази (ММП-9), захищаючи сполучну тканину від деградації (через мітохондріально-каспазний механізм). У склад препарату входить інулін, який не тільки впливає на біфідо- і лактобактерії, але й знижує ризик остеопорозу (завдяки всмоктуванню кальцію), впливає на метаболізм ліпідів, попереджає розвиток цукрового діабету. Екстракти артишоку багаті на мінерали та мікроелементи (багаті кальцієм, калієм, магнієм, залізом), сприяють зменшенню жирової інфільтрації, синтезу холестерину, збільшенню утворення жовчних кислот. Фармакологічний ефект екстракту кореня дягелю лікарського полягає у протизапальній, спазмолітичній, сечогінній,

тонізуючій дії. Він підвищує апетит, поліпшує діяльність серця, впливає седативно. Ефірні масла кореня стимулюють шлункову секрецію, секрецію бронхіальних залоз, усувають бронхоспазм. Рекомендується приймати по 2 капсули 3 рази на добу за 15–20 хвилин до їди. Курсовий прийом — від 1 до 3 місяців під наглядом лікаря [3].

У хворих із ПХЕС і клінічною картиною ХП страждає ендотеліальна функція, що сприяє розвитку ішемії органа через недостатність оксиду азоту у місцях ураження судинної стінки та суттєве зниження його біодоступності. З огляду на те, що роль оксиду азоту значуща для гладкої мускулатури і мікроциркуляції у внутрішніх органах (зокрема ПЗ, печінці), доцільним є застосування Глутаргіну у комплексній терапії. Він містить L-аргінін — амінокислоту, яка є донатором оксиду азоту, належить до умовно незамінних амінокислот, вважається активним клітинним регулятором багатьох життєвоважливих функцій організму. Друга амінокислота, L-глутамат, є амінокислотою, яка має значення у процесах антиоксидантного захисту клітин. Тому після холецистектомії можна призначати препарат у ін'єкціях по 5 мл 20% розчину внутрішньом'язово 1 раз на добу упродовж 5–7 днів із подальшим пероральним застосуванням по 750 мг 3 рази на добу упродовж 14 днів. Пероральні курси таблетованими препаратами (терміном до 1 місяця) можна призначати тричі на рік, попереджаючи ішемію ПЗ та розвиток гіпоксичного за етіологією фіброзу. Одночасно препарат поліпшує функцію печінки [13].

Інтерес представляє препарат Бетаргін (компанія «Фармюніон»), який включає амінокислоту аргінін (1 г) та бетаїн (1 г) в ампулах. Він призначається таким пацієнтам у випадках поєднання ПХЕС із метаболічним синдромом. Позитивним вважається вплив аргініну на збільшення артеріального кровоплину в печінці, зменшення венозного тиску в системі портальної вени, зменшення гіпоксії печінкової тканини в післяопераційний період. Бетаїн може функціонувати як альтернативний донатор метильної групи у реакції утворення метіоніну з гомоцистеїну. При цьому заміщуються дефекти в реакціях метилювання, які виникають через нестачу вітаміну B_6 та порушення фолатного циклу (тобто препарат попереджає накопичення тригліцеридів у печінці). Крім того він трансформує холестерол у жовчні кислоти. Його можна застосовувати при атерогенній дисліпідемії разом із статинами, попереджаючи їх негативні ефекти. Зважаючи на перелічені властивості, Бетаргін можна вважати універсальним цитопротектором, який сприятиме поліпшенню якості життя у такої групи пацієнтів.

З метою зменшення в'язкості секрету ПЗ та жовчі можна призначати Галстену, яка містить чистотел звичайний, одуванчик лікарський, чортополох (татарник колючий), сульфат натрію та фосфор. Трава чистотелу впливає спазмолітично, жовчогінно, бактерицидно (як на грампозитивну, так і на грамнегативну мікрофлору, трихомонади, гриби). Важливо, що хелідонін (алкалоїд чистотелу) має такий анальгетичний і спазмолітичний ефект, як папаверин. Органічні кислоти, які є в чистотелі, беруть участь

в обміні речовин, впливають на діяльність залоз внутрішньої секреції, підтримують кислотно-основну рівновагу, гальмують розвиток атеросклерозу. Щодо дії одуванчика лікарського, то він підсилює шлункову секрецію та секрецію інших травних залоз, підвищує жовчовиділення, попереджає запалення слизових оболонок (завдяки утворенню захисної плівки). Слиз, який утворює одуванчик, може сприяти послабленню стулу, а смоли впливають бактерицидно. Препарати татарника колючого використовують як протизапальний, антимікробний, діуретичний засіб. Він посилює тонус кишечника, скорочення серця, покращує загальний стан. Фосфор позитивно впливає на перебіг панкреатитів, хронічних гепатитів. Під впливом Галстени (по 15 крапель 3 рази на добу упродовж 20 днів) нормалізується ліпідний обмін, збільшується екскреція жовчних кислот, лецитину, нормалізується холестериновий коефіцієнт, зовнішньосекреторна функція ПЗ (стає вищим дебіт-година трипсину та ліпази), достовірно поліпшується ендокринна функція ПЗ (впливає на рівень інсуліну крові) [4].

Наукові здобутки української бальнеологічної школи засвідчують, що лікування захворювань гепатобіліарно-панкреатичної зони мінеральними водами є одним із методів реабілітації при захворюваннях органів травлення, тим паче вони не переважують організм хімічними речовинами [8, 14].

Мінеральні води у комплексному лікуванні захворювань гепатобіліарно-панкреатичної зони впливають на обмін речовин, стан слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, діють холеретично, холекінетично, що визначає їх ефективність як при хронічному некаменевому холециститі, так і в реабілітаційних заходах при ПХЕС [7, 11].

Відомо, що мінеральні води, які містять іони магнію та сульфати, є достатньо ефективними при біліарній патології, оскільки мають виражений антиспастичний, холекінетичний та протизапальний ефект. Так, одноразове внутрішньодуоденальне введення підігрітих до 40 °С мінеральних вод «Лужанська № 7» і «Поляна Купіль» в об'ємі 100–200 мл більше ніж у 70% викликає міхуровий рефлекс зі значним зменшенням об'єму жовчного міхура. При цьому збільшується вміст жовчних кислот, холестериновий коефіцієнт не тільки в міхуровій, але й печінковій порції. При курсовому лікуванні середньомінералізованою гідрокарбонатною натрієвою водою «Поляна Квасова» зменшується об'єм жовчі з одночасним підвищенням концентрації

холестерину в ній. Вважається, що поліпшення моторно-евакуаторної функції жовчного міхура та жовчовивідних шляхів відбувається завдяки нормалізації моторно-евакуаторної функції ДПК, індукції інтестинальних гормонів, що є основою холекінетичної, холесекреторної та спазмолітичної дії й поліпшення ферментовидільної діяльності ПЗ.

Крім перерахованих, в Україні багато лужних мінеральних вод — «Сваліява», «Березівська», «Шаянська», «Поляна Купель» тощо. Механізм їх дії полягає в гармонізації основного обміну, підвищенні лужних резервів (це важливо при закисленні середовищ організму, кетоацидозі), поліпшенні біліарної функції, попередженні утворення біліарного сладжу. Крім того, це група природних антацидів, яка має суттєвий кислотонейтралізувальний ефект, нормалізує рухову та секреторну функції травного тракту, розріджує патологічний слиз у шлунково-кишковому тракті. Тому ці води показані хворим із ПХЕС, дисфункцією ДПК, сфінктера Одді, стеатозом печінки (нормалізують ліпідний та вуглеводний обмін), при цукровому діабеті (знижують інтенсивність глюко- та ліпотоксичності) та ХП, які можуть ускладнювати перебіг ПХЕС. Вони профілактують прогресування перерахованих захворювань та покращують якість життя пацієнтів, що є позитивним критерієм проведення медичних реабілітаційних заходів.

Таким чином, з метою профілактики розвитку каменів у жовчовивідних шляхах необхідно дотримуватися принципів раціонального харчування зі зниженням вмісту продуктів, багатих на холестерин, контролювати масу тіла, необхідно вживати овочі, фрукти, які вміщують пектини (яблука, морква, тиква), рослинну клітковину (томати, кабачки, капуста, хліб із висівками, персики). Ці продукти впливають на обмін холестерину. Вживати їжу необхідно часто, невеликим порціями, споживати достатню кількість рідини (слаболужні негазовані води, компоти з сухофруктів, відвар шипшини). Медикаментозне лікування повинно бути спрямованим на усунення спазму, дисфункції сфінктера Одді, на деконтамінацію тонкої кишки, усунення дисбактеріозу товстої кишки. За необхідності застосовувати антибактеріальну терапію та замісну ферментну терапію, не забувають про призначення персоніфікованої лікувальної фізкультури та бальнеолікування. Усі профілактичні заходи повинні бути спрямовані на профілактику жовчнокам'яної хвороби, оскільки її наявність сприяє багатьом ускладненням, навіть не гастроентерологічного характеру.

Література:

1. Анохіна Г. А., Харченко В. В. Вплив препаратів жовчних кислот на ліпідний обмін у хворих з післяхолецистектомічним синдромом. *Сучасна гастроентерологія*. 2016. № 2 (88). С. 29–34.
2. Гриднева С. В. Дисфункція сфінктера Одді після холецистектомії: механізми розвитку і тактика лікування. *Сучасна гастроентерологія*. 2015. № 3 (83). С. 122–127.
3. Губергріц Н. Б. Перспективи призначення урсодезоксихолієвої кислоти в панкреатології. *Дільничий лікар*. 2016. № 4 (45). С. 44.
4. Губергріц Н. Б., Голубова О. А., Фоменко П. Г. Клініко-патогенетичне обґрунтування терапевтичної ефективності Галстени при хронічному панкреатиті. *Вісник клубу панкреатологів*. 2012. № 3 (16). С. 38–42.
5. Губергріц Н. Б., Лукашевич Г. М., Голубова О. О., Фоменко П. Г. Холецистектомія та сфінктер Одді: як

- досягти консенсусу? *Сучасна гастроентерологія*. 2013. № 1 (69). С. 55–65.
6. Губергріц Н. Б., Фоменко П. Г., Голубова О. О., Лукашевич Г. М., Беляєва Н. В., Агібалов О. М. Патогенетичні підходи до лікування поєднання хронічного гепатиту та хронічного панкреатиту токсичної етіології. *Вісник клубу панкреатологів*. 2015. № 3 (28). С. 45–59.
 7. Данилаш М. М., Ганинець П. П., Сарканич О. В., Макара Ю. В. Результати комплексного відновного застосування мінеральної води «Лужанська №7» хворих на хронічний некалькульозний холецистит. *Сучасна гастроентерологія*. 2014. № 5 (79). С. 44–48.
 8. Драгомирецька Н. В., Їжа Г. М., Заболотна І. Б., Калініченко М. В. Досвід застосування мінеральної води в лікуванні хворих на хронічний вірусний гепатит С із супутньою неалкогольною хворобою печінки. *Гастроентерологія*. 2016. № 1 (59). С. 48–52.
 9. Звягінцева Т. Д., Шаргород І. І. Дисфункція сфінктера Одді та хронічний панкреатит. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. № 3 (71). С. 75–82.
 10. Манжалій Е. Г. Проблемні питання діагностики та лікування хронічного панкреатиту. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. № 1 (69). С. 122–128.
 11. Михайловська Н. С., Лісова О. О., Стецюк І. О. Реабілітація пацієнтів із захворюваннями органів травлення в практиці сімейного лікаря. Навчальний посібник. Запоріжжя, 2021. 159 с.
 12. Пролом Н. В. Тактика хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень з використанням мініінвазивних технологій. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. № 2, Т. 19. С. 419–422.
 13. Русін В. І., Сірчак Є. С., Курчак Н. Ю., Москаль О. М. Динаміка показників дисфункції ендотелію у хворих із хронічним панкреатитом після холецистектомії під впливом препарату «Глутаргін». *Сучасна гастроентерологія*. 2015. № 4 (84). С. 61–65.
 14. Фролов В. К., Михайлюк О. В. Природні та фізичні фактори в корекції обміну речовин у пацієнтів з метаболічним синдромом. *Фізіотерапія, бальнеологія і реабілітація*. 2014. № 4. С. 11–14.
 15. Харченко Н. В., Анохіна Г. А., Марухно І. С., Герасименко О. М. Корекція антродуоденальної дисмоторики у хворих з постхолецистектомічним синдромом. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. № 4 (72). С. 12–17.
 16. Христин Т. М. Хронічний панкреатит: значення ураження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів у його розвитку. *Вісник клубу панкреатологів*. 2022. № 2–3. С. 48–53.
 17. Христин Т. М., Гонцарюк Д. О. Про особливості харчування пацієнтів із хронічним панкреатитом у ремісії. *Вісник клубу панкреатологів*. 2019. № 1 (42). С. 36–40.
 18. Христин Т. М., Телекі Я. М., Гонцарюк Д. О., Оліник О. Ю., Жигульова Е. О. Хронічний панкреатит: клінічно-патогенетичні особливості розвитку поєднання деяких захворювань та методи медикаментозної корекції (друге видання, перероблене, доповнене). Чернівці, 2022. 584 с.
 19. Чернявський В. В. Біліарний сладж та жовчнокам'яна хвороба: актуальні науково-практичні аспекти. *Здоров'я України. Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія*. 2018. № 3 (49). С. 46–47.
 20. Bhullar F. A., Faghiih M., Akshintala V. S., Ahmed A. I., Lobner K., Afghani E., Phillips A. E., Hart P. A., Ramsey M. L., Bick B. L., Kuhlmann L., Drewes A. M., Yadav D., Olesen S. S., Singh V. K. on behalf of the P-QST Consortium. Prevalence of primary painless chronic pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. *Pancreatology*. 2022. Vol. 22, No 1. P. 20–29.

УДК 616.37-002.36.12+616.361/.366]-084

doi: 10.33149/vkr.2024.01.05

UA Значення профілактичних заходів стосовно хронічного панкреатиту при захворюваннях жовчовивідних шляхів, жовчного міхура

Д. О. Гонцарюк¹, Т. М. Христин², Е. О. Жигульова²

¹Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

²Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, Кам'янець-Подільський, Україна

Ключові слова: жовчний міхур, дискінезія жовчного міхура, біліарний сладж, консервативне та хірургічне лікування, постхолецистектомічний синдром, хронічний панкреатит, профілактика

У статті автори розглядають лікувальну та профілактичну спрямованість медичних заходів за наявності захворювань жовчного міхура, особливо хронічного холециститу, жовчнокам'яної хвороби, післяхолецистектомічного синдрому. Значення має не тільки попередження прогресування хронічного запалення жовчного міхура, але й профілактика утворення жовчних

каменів. Увага звертається на профілактику утворення біліарного сладжу, конкрементів. Підкреслюється роль режиму і ритму прийому їжі (рекомендується 4–6-кратний прийом), обмеження вживання продуктів, які містять холестерин та жирні кислоти, додавання харчових волокон у вигляді овочів та фруктів, висівок у вигляді каш, хліба, патентованих препаратів. За надлишкової маси тіла рекомендується повільне її зниження, низькокалорійні дієти. Дуже важливо, щоб у харчовому раціоні було оптимальне співвідношення білків рослинного та тваринного походження. Дотримання цієї умови допоможе нормалізувати роботу жовчного міхура. Для попередження застою жовчі у жовчному міхурі рекомендується активний спосіб життя, заняття фізкультурою та спортом, які зменшують застій жовчі та гіперхолестеринемію.

Детально розглядаються підходи до консервативного та хірургічного лікування біліарного сладжу і жовчнокам'яної хвороби. Таке лікування показане при появі жовчних кольок, загрози розвитку ускладнень, за наявності сформованих ускладнень, при підвищеному ризику розвитку раку жовчного міхура. Вказується, що основним терапевтичним підходом є медикаментозний літоліз за допомогою препаратів урсодезоксихолевої

кислоти. Увага звертається на показання та протипоказання для медикаментозного літолізу при даному захворюванні. Із появою рецидиву рекомендується повторне лікування.

Автори обговорюють принципи малоінвазивних (екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія, контактний літоліз) та інвазивних методів хірургічного лікування (холецистектомія, холецистолітомія, холецистостомія), показання та протипоказання для їх застосування. З метою попередження ускладненого перебігу після операції розглядаються відповідні заходи. Увага акцентується на лікуванні і профілактиці постхолецистектомічного синдрому. Підкреслюється значення бальнеотерапії у вторинній профілактиці жовчнокам'яної хвороби.

EN The importance of preventive measures against chronic pancreatitis in diseases of the biliary tract and gallbladder

D. O. Hontsariuk¹, T. M. Hristich², E. O. Zhigulova²

¹Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

²Kamyanets-Podilsky Ivan Ohienko National University, Kamyanets-Podilsky, Ukraine

Key words: gallbladder, gallbladder dyskinesia, biliary sludge, conservative and surgical treatment, postcholecystectomy syndrome, chronic pancreatitis, prevention

In this article, the authors discuss the therapeutic and preventive focus of medical treatments for gallbladder diseases, particularly chronic cholecystitis, cholelithiasis, and postcholecystectomy syndrome. In addition to preventing the progression of chronic inflammation of the gallbladder, it is essential to prevent the formation

of gallstones. It is crucial to prevent the formation of biliary sludge and stones. The need for routine and periodicity in food intake (4–6 meals per day is recommended) is emphasized, along with the restriction of foods containing cholesterol and fatty acids, the addition of dietary fiber in the form of vegetables and fruits, bran in the form of cereals and bread, and the use of proprietary pharmaceuticals. When body mass has increased, a gradual decrease and a low-calorie diet are advised. It is vital that the diet contain an optimal ratio of plant- and animal-based proteins. Compliance with these conditions contributes to normal gallbladder function. An active lifestyle, physical education, and sports are recommended to prevent gallbladder stagnation, as they reduce biliary stagnation and hypercholesterolemia. Detailed discussion is provided on conservative and surgical treatments for biliary sludge and cholelithiasis. This treatment is administered for biliary colic, upon the risk of complications, complications that have already occurred, and an increased risk of gallbladder cancer. It is suggested that drug litholysis utilizing ursodeoxycholic acid medications is the primary therapeutic approach. It is critical to consider the indications and contraindications for drug litholysis; re-treatment is recommended in cases of relapse. The authors discuss the principles of minimally invasive (extracorporeal shock wave lithotripsy and contact litholysis) and invasive techniques for surgical treatment (cholecystectomy, cholecystolithotomy, and cholecystostomy), indications and contraindications for their use. To prevent postoperative complications, appropriate precautions are taken into account. The treatment and prevention of postcholecystectomy syndrome are highlighted. The significance of balneotherapy in cholelithiasis secondary prevention is emphasized.