

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Кафедра терапии

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: ВЗГЛЯД ТЕРАПЕВТА

учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО

2017

УДК 616.366 – 003.7 (075.9)

ББК 54.13я73

Ж 52

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 6 от 12.05. 2017

Авторы:

Сухих Ж.Л., Штонда М.В., Пристром М.С., Банькова Е.М., Петров С.А.

Рецензенты:

Кафедра военно-полевой хирургии БГМУ;

Доцент кафедры внутренних болезней №2 БГМУ.

Ж 52 **Желчнокаменная** болезнь: взгляд терапевта: учеб.-метод. пособие /
Ж.Л. Сухих, М.В. Штонда, М.С. Пристром, Е.М. Банькова,
С.А. Петров. – Минск: БелМАПО, 2017. – 28 с.

ISBN 978-985-584-141-9

В учебно-методическом пособии представлены современные сведения, касающиеся факторов риска, клинической картины, диагностики и подходов в лечении и профилактики желчнокаменной болезни в терапевтической практике.

Пособие предназначено для врачей-терапевтов, врачей общей практики и других врачей терапевтического профиля.

УДК 616.366 – 003.7 (075.9)

ББК 54.13я73

ISBN 978-985-584-141-9

© Сухих Ж.Л., Штонда М.В., [и др.], 2017

© Оформление БелМАПО, 2017

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) или холелитиаз (от греч. Chole – желчь и Lithos – камень) – хроническое заболевание с генетической предрасположенностью с образованием камней в желчном пузыре или желчных протоках.



Описание ЖКБ встречается в трудах врачей эпохи Возрождения: Фолино (1348 г.), Визилия (1546 г.). Важной вехой в изучении ЖКБ было открытие А. Фуркуа (1808 г.) основного компонента желчных камней – жира воска, который М. Шерель назвал холестерином.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ЖКБ отличается широко распространена в странах с «западным образом жизни» (10-15%) – в Европе, Северной Америке. Среди мексиканцев и чилийский индейцев вероятность образования желчных камней в течение жизни достигает 45-80%. Существенно реже холелитиаз регистрируется у азиатов, африканцев и японцев (5%, 4%, 3,6% соответственно).

По распространенности в мире ЖКБ занимает лидирующие позиции, уступая лишь сердечно-сосудистой патологии и сахарному диабету. По мнению Т.Э. Скворцовой с соавторами (2013 г.) ЖКБ считается самой распространенной патологией среди заболеваний пищеварительной системы. По данные 24 всемирного конгресса гастроэнтерологов (2014 г.): ЖКБ регистрируется более чем у 10% населения Земли.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЖКБ

Камни в желчном пузыре (ЖП) различают 2-х видов: холестериновые и пигментные. Холестериновые камни содержат в своем составе 50% холестерина. В пигментных камнях содержание холестерина менее 20%. Они состоят преимущественно из кальция билирубината, полимерно-подобных комплексов и гликопротеиновой слизи. В фундаментальных научных исследованиях отмечено, что ЖКБ развивается на фоне значительных нарушений химического состава желчи. О литогенности желчи свидетельствуют значительное снижение концентрации желчных кислот (ЖК) и фосфолипидов (ФЛ), являющихся стабилизаторами коллоидного состава желчи. Удержание холестерина в желчи в растворенном состоянии обусловлено в основном желчными кислотами и зависит от соотношения между ними и холестерином. Изменения физико-коллоидных свойств литогенной желчи заключаются также в повышении уровня вязкости, поверхностного натяжения, удельного веса, и это способствует осаждению кристаллов холестерина, конгломерации и нуклеации желчи.

Химический состав желчи и ее физико-коллоидные свойства в определенной степени зависят от возраста пациентов. У пациентов до 40 лет литогенность желчи обеспечивается, в первую очередь, за счет усиленного синтеза холестерина в печени, у пациентов после 50 лет – в результате снижения пула желчных кислот, повышения уровня вязкости и поверхностного натяжения, в возрасте от 40 до 50 лет – эти процессы примерно уравновешены. **При склонности к желчному камнеобразованию в молодом возрасте замедляются процессы метаболизма экзогенного холестерина, в пожилом – уменьшается активность 7- α -гидроксилазы – основного фермента синтеза желчных кислот из холестерина.**

К основным факторам риска ЖКБ относят:

1. Возраст. Заболеваемость ЖКБ коррелирует с возрастом. В странах Западной Европы выявление ЖКБ у лиц пожилого возраста составляет 30%. Однако в последнее время максимальная частота клинических проявлений ЖКБ регистрируется в возрасте 40-69 лет. В настоящее время отмечено расширение возрастного диапазона встречаемости ЖКБ – заболевание стали выявлять и в детском возрасте (по данным Хохлачева Н.А. с соавт., 2013 г. – 5%). Имеются данные, что у детей в семьях взрослых с ЖКБ данная патология регистрируется в 1,7 раз чаще, так как насыщение желчи холестерином у них более высокая. У детей и подростков различий в частоте по полу не отмечено. Для молодых пациентов имеет большое значение дисфункция сфинктера Одди.

Что ставит задачу перед терапевтами активно выявлять дисфункциональные расстройства ЖП и сфинктера Одди. Выявление и коррекция функциональных расстройств особенно значимы у молодых пациентов и является профилактикой ЖКБ. Соотношение холестерина/фосфолипиды с возрастом, как правило, увеличивается в пользу холестерина. Это рассматривают как один из факторов старения организма, поскольку мембраны становятся жесткими и хуже начинают реагировать на гормональные и другие сигналы.

2. Женский пол. Риск развития ЖКБ у женщин выше примерно в 2-3 раза. Повышение частоты встречаемости ЖКБ отмечено у много рожавших женщин, что связывают с давлением увеличенной матки на органы брюшной полости и снижением их сократительной способности. Фактором риска ЖКБ является нарушение гормонального фона у женщин. Заместительная гормональная терапия, особенно в постменопаузальный период у женщин, увеличивает риск ЖКБ в 3,7 раза. У женщин, принимавших контрацептивы, желчные камни возникают в 2 раза чаще, чем у тех, кто их не принимал.

По мнению Д.И. Трухан и И.А. Викторовой (2016 г.) к факторам риска можно также отнести характерный для женщин «грудной» тип дыхания, при котором движения диафрагмы ограничены, что также может способствовать застою желчи, по сравнению с «брюшным» типом дыхания у мужчин; а также меньшее по сравнению с мужчинами употребление жидкости; большую распространенность психосоматических реакций в ответ на стресс и эмоциональные факторы среди женской половины населения.

3. Отягощенная наследственность. В семьях с предрасположенностью к ЖКБ по материнской линии эта патология встречается в 4-5 раз чаще.

4. Ожирение, гипертриглицеридемия. ЖКБ регистрируется примерно у 20% лиц с метаболическим синдромом. У лиц с ожирением 4 степени в желчь секретируется в 3 раза больше холестерина.

5. Сахарный диабет повышает риск развития ЖКБ в 3 раза. В последние десятилетия отмечается увеличение частоты развития ЖКБ у детей и подростков, наиболее вероятная причина которого – «эпидемия» избыточной массы тела и ожирения.

6. Резкое похудание способствует формированию камней в желчном пузыре в 30% случаев.

7. Высококалорийная и богатая холестерином пища с низким содержанием пищевых волокон способствует формированию камней в желчном пузыре. Перенасыщение желчи холестерином – это необходимое условие камнеобразования, однако и этого условия недостаточно.

8. Большое значение в формировании камней в желчном пузыре имеет факт снижения моторики желчного пузыря. У многих пациентов с ЖКБ моторика желчного пузыря снижена.

9. Гиподинамия. В группе лиц, которые проводят за просмотром ТВ программ 40 часов в неделю риск развития ЖКБ в 2 раза выше.

10. Лекарственные препараты: эстрогены, клофибрат, октреотид, цефтриаксон, препараты кальция особенно их длительное применение, являются факторами риска ЖКБ.

11. Цирроз печени повышает риск ЖКБ в 10 раз, связано с нарушением выделения качественной желчи.

12. Поражение терминальных отделов подвздошной кишки (нарушается всасывания желчных кислот).

13. Продолжительное полное парентеральное питание.

ПАТОГЕНЕЗ

Одномоментное наличие 3-х основных патологических процессов – перенасыщение желчи холестерином, нарушение динамического равновесия между антинуклеирующими и пронуклеирующими факторами и снижение сократительной функции ЖП. **Важным звеном формирования холелитиаза является хроническая билиарная недостаточность, обусловленная дефицитом желчных кислот.** Усугубляющими факторами являются: нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот, психовегетативная дисфункция и нейрогуморальная дизрегуляция и инфекция. За последние 10 лет определен вклад в развитие ЖКБ семи основных классов генов – кандидатов, кодирующих протеины, участвующие в литогенезе. В будущем планируется применение генной инженерии и или заместительной терапии при данной патологии.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖКБ

Основные клинические синдромы, симптомы, «маски», формы и осложнения ЖКБ представлены в таблице (Дадвани С.А. и соавт., 2009; Губергриц Н.Б., 2010).

Таблица 1. – Основные клинические синдромы при желчнокаменной болезни

<p>1. Болевой синдром</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Боли возникают, как правило, после приема жирной или острой пищи, употребления алкоголя, физических нагрузок, чаще – вечером или ночью • Боли локализуются в эпигастрии и правом подреберье • Боли носят выраженный, иногда спастический характер, иррадиируют вправо и вверх • При присоединении воспалительных явлений в желчном пузыре боль становится более локализованной • При перфорации ЖП и перитоните боль становится разлитой (по всему животу)
<p>2. Диспепсические явления</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Расстройства поступления желчи в 12-перстную кишку способствуют нарушению стула (чаще запоры, метеоризм, урчание) • Дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы (горечь и металлический привкус во рту, отрыжка, тошнота, рвота, не приносящая облегчения) • Патологический висцеро-висцеральные рефлекс (желчный пузырь – желудок, кишечник – нарушения моторики – тяжесть, распирающие, метеоризм, запоры) • Дисбиоз кишечника • Плохой аппетит (без похудения)
<p>3. Нарушения стула</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Чаще - запоры
<p>4. Кардиалгия</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Встречается в 25-57% случаев • Может совпадать с приступом желчной колики • Чаще у пожилых, при избыточной массе тела и атеросклерозе коронарных артерий • Может привести к развитию инфаркта миокарда • Аритмии – в 18,5% случаев обусловлены ЖКБ
<p>5. Панкреатическая</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Может развиваться вторичная панкреатическая

боль (билиарный панкреатит)	недостаточность (при недостаточном количестве желчных кислот для активации панкреатических ферментов), которая может проявляться похуданием, стеатореей, дискомфортом и болями в животе, нарушением стула, гиповитаминозами А, Д, Е, К, метеоризмом, патологическими переломами
6. Психоэмоциональное расстройство («желчный характер»)	<ul style="list-style-type: none"> • Ипохондрия • Депрессия • Фобии • Астенические явления
7. Аллергический синдром	<ul style="list-style-type: none"> • Обострение калькулезного холецистита может сопровождаться крапивницей, отеком Квинке, поллинозами, лекарственной и пищевой аллергией, реже – бронхоспазмом, артралгией, эозинофилией • Носит упорный, рецидивирующий характер • Не поддается лечению антибактериальными лекарственными средствами, прием которых может даже усугубить проявления
8. Желтуха	<ul style="list-style-type: none"> • Не всегда выражена (субэктеричность) • Часто сопровождается посветлением кала (вплоть до ахолии), потемнением мочи • После устранения препятствия быстро уменьшается
9. Вегетативная дистония (дисфункция)	<ul style="list-style-type: none"> • Гипотония • Головокружение • Головная боль по типу мигрени • Быстрая утомляемость • Нарушения сна • Раздражительность • Потливость
10. Редкие формы ЖКБ	<ul style="list-style-type: none"> • «Фарфоровый» желчный пузырь (риск развития рака желчного пузыря – 20%)
11. Латентная форма (камненосительство)	<ul style="list-style-type: none"> • Самая частая форма ЖКБ: встречается у 60-80% пациентов с камнями в желчном пузыре и у 10-20% пациентов с камнями в холедохе

	<ul style="list-style-type: none"> • В срок от 10 до 15 лет у 30-50% пациентов развиваются манифестные формы ЖКБ и осложнения • Вероятность серьезных осложнений
--	--

Таблица 2. – Осложнения желчнокаменной болезни

Осложнения желчнокаменной болезни
<ul style="list-style-type: none"> • Механическая желтуха • Острый деструктивный холецистит, острый холангит • Перфорация желчного пузыря, желчный перитонит • Водянка желчного пузыря • Эмпиема желчного пузыря • Желчно-кишечный свищ • Желчнокаменная кишечная непроходимость • Билиарный панкреатит • Стенозирующий папиллит • Рак желчного пузыря • Вторичный билиарный цирроз печени

Бессимптомный вариант ЖКБ требует особого внимания терапевтов. У здорового человека поступление пищи в двенадцатиперстную кишку сопровождается опорожнением ЖП на 70–80% от исходного объема. Клинико-инструментальные исследования показали, что при ЖКБ у большинства пациентов имеет место недостаточное опорожнение ЖП и уменьшение поступления желчи в кишечник, поэтому **при ЖКБ постпрандиальное опорожнение и наполнение ЖП, а также рециркуляция желчных кислот значительно снижается, а это сопровождается:**

- нарушением активации панкреатических ферментов, эмульгирования жиров и других процессов переваривания и всасывания нутриентов;
- развитием избыточного бактериального роста в кишечнике;
- нарушением моторной функции кишечника, замедлением пассажа.

В связи с этим при латентной форме ЖКБ очень часто встречаются жалобы на запоры, метеоризм, боли в правом и левом подреберье, стихающие после отхождения газов и стула («газовая» колика при нарушении перистальтики вследствие спазма гладкой мускулатуры толстой кишки).

Данные жалобы часто являются поводом для обследования, при котором обнаруживают конкременты в желчном пузыре.

В рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни 2016 года **обращается внимание на желчную колику, возникающую в ночное время**, через несколько часов после засыпания. Согласно выводам исследователей из Дании боль в правом верхнем квадранте живота в ночные часы характерна именно для патологии желчных путей. С.П., Боткин писал: «Больная, ложась спать совершенно здоровой, внезапно просыпается ночью от сильной боли... Затем наступает период облегчения, когда она болей не испытывает, но все-таки чувствует себя больной, а ночью опять начинаются те же явления... в течение наблюдения за ней боли повторяются каждодневно уже днем».

Приступы желчной колики могут иметь стертый характер и повторяться достаточно часто, в подобных случаях диагноз иногда формулируют как «Обострение хронического калькулезного холецистита». Однако во многих случаях более правильно расценивать данную симптоматику как проявление повторных колик, связанных с обструкцией шейки желчного пузыря. **В тоже время типичная желчная колика** развивается через 1-2 часа после употребления жирной, жареной пищи, большого объема пищи на фоне длительного ограничения. Ее особенностью является интенсивное и быстрое нарастание болевых ощущений. Затем, достигая наивысшей точки, боль становится постоянной, распирающей. Название «желчная колика» означает сильную схваткообразную боль. В англоязычной литературе применяют термин «билиарная боль». Спровоцировать боль может также тряская езда, физическая нагрузка с наклонами туловища. Боль может длиться от нескольких минут до нескольких часов.

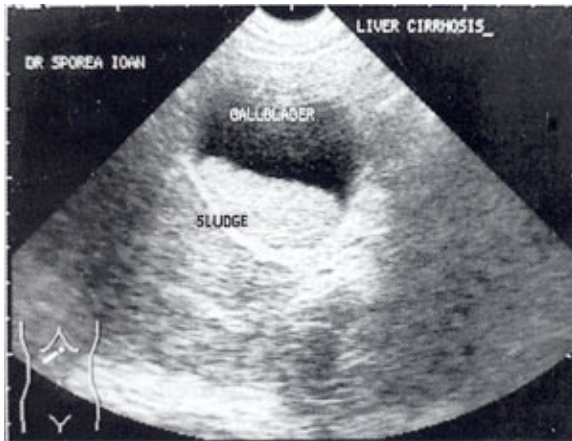
Билиарная боль может локализоваться в эпигастральной области, правом подреберье, может иррадиировать под правую лопатку, в межлопаточное пространство, правое плечо и шею справа. Боль часто сопровождается тошнотой, рвотой, вегетативными расстройствами: тахи- или брадикардией, явлениями пареза кишечника или позывами на дефекацию.

Иногда повышением температуры тела до субфебрильных значений. Боль при желчной колике чрезвычайно интенсивная. Женщины сравнивают ее с интенсивностью боли при родовых схватках. Выраженность болей уступает лишь почечной колике. При желчной колике возможно развитие болевого шока. Если приступ желчной колики продолжается более 6 часов можно заподозрить развитие острого холецистита. С.П. Боткин подчеркивал, что интенсивность боли не всегда связана с размером конкремента «размер камней

играет здесь большую роль, что, долго залеживаясь, они увеличиваются и потому должны при выходе давать большие страдания; и для некоторых случаев это будет справедливым, но далеко не всегда, ибо нередко ничтожный по величине камешек вызывает такие тяжелые припадки, которые по своей силе далеко превышают те страдания, которые были у этого же субъекта при выходе камня гораздо больших размеров, так что поставить такое правило, что большой камень дает всегда и тяжелые припадки, мы не можем». С.П. Боткин допускал развитие колики от «прохождения через каналы желчного песка», от «усиленного накопления в них слизи». Он также писал, что «предполагали возможность и нервной желчной колики ...».

Возможно, «песок» – это эквивалент билиарного сладжа, при котором уже доказана возможность развития желчной колики, а «нервная колика» – это эквивалент дисфункции ЖП и сфинктера Одди, при которых развитие коликоподобной боли также возможно. С.П. Боткин допускал развитие колики от «прохождения через каналы желчного песка», от «усиленного накопления в них слизи». По мнению Мохова В.М., Гапеева М.Б, (2010 г.) особую группу пациентов составляют пациенты с билиарным сладжем (БС). Образование билиарного сладжа очень распространенная патология и регистрируется в группе лиц, не страдающих ЖКБ в 1,7 – 4%. У лиц предъявляющих жалобы на нарушение функций пищеварения эта цифра составляет 7 – 8%. У пациентов с наличием диспепсии билиарного тракта она уже составляет 24,4 – 55%. Исследования последнего десятилетия выявили, что у пациентов со сладжем ЖП установлена более высокая частота эпизодов билиарной колики, острого холецистита, а также острого панкреатита.

Именно внедрение УЗИ позволило выделить данную группу пациентов, у которых определились макроскопически визуализируемые изменения в структуре желчи, но не являющиеся конкрементами. Таковыми при УЗИ принято считать гиперэхогенные образования в полости пузыря диаметром более 2 мм. **Значимость БС в медицинской практике обусловлена тем, что у трети пациентов прослеживается трансформация сладжа в конкременты.**



Сведения о распространенности БС весьма противоречивы, тем не менее имеется четкая тенденция: при наличии билиарной диспепсии выявляемость сладжа увеличивается.

При УЗИ выделяют 3 варианта билиарного сладжа:

1) эхонеоднородная желчь со сгустками: эхонеоднородная желчь с единичными или множественными участками повышенной эхогенности, имеющими четкие или размытые контуры, смещаемыми, без акустической тени и, как правило, расположенными по задней стенке желчного пузыря;

2) взвесь гиперэхогенных частиц: точечные, единичные или множественные, смещаемые гиперэхогенные образования, не дающие акустической тени, выявляемые при изменении положения тела пациента;

3) замазкообразная желчь: эхонеоднородная желчь с участками, приближающимися по эхогенности к паренхиме печени, смещаемыми или фиксированными к стенке ЖП, с четким контуром, не дающими акустическую тень или в редких случаях с эффектом ослабления за сгустком.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖКБ

Основной код по МКБ-10 – К 80. Желчнокаменная болезнь.

Современное понимание механизмов формирования камней в желчном пузыре основано на многочисленных исследованиях, результатом которых было выявление образования дестабилизированной желчи на фоне поврежденных гепатоцитов с последующей нуклеацией кристаллов холестерина на фоне гипомоторной дисфункции желчного пузыря. Желчные камни образуются вследствие выпадения в осадок и кристаллизации главных составных частей желчи. Удержание холестерина в желчи в растворенном состоянии обусловлено в основном желчными кислотами и зависит от соотношения между ними и холестерином.

В норме отношение желчных кислот (ЖК) к холестерину (холато-холестериновый коэффициент) равно 25,5. Необходимо подчеркнуть, что ЖК образуются в печени из холестерина (при здоровой печени в 90 %), НАЖБП: при жировом гепатозе, жировом гепатите, сахарном диабете, ожирении их образование значительно снижается. При уменьшении этого коэффициента ниже 13 закономерно происходит выпадение желчных камней.

Это послужило основой для формирования **классификации ЖКБ**, и представления ее на 3-м съезде гастроэнтерологов России.

I стадия – Начальная, или предкаменная.

А. Густая неоднородная желчь.

Б. Формирование билиарного сладжа:

- с наличием микролитов;
- с наличием замаскообразной желчи;
- сочетание замаскообразной желчи с микролитами.

II стадия – Формирование желчных камней.

А. По локализации:

- в желчном пузыре;
- в общем желчном протоке;
- в печеночных протоках.

Б. По количеству камней:

- одиночные;
- множественные.

В. По составу:

- холестериновые;
- пигментные;
- смешанные.

Г. По клиническому течению:

- а) латентное течение;
- б) с наличием клинических симптомов:
 - болевая форма с типичными клиническими коликами;
 - диспепсическая форма;
 - под маской других заболеваний.

III стадия – Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит.

IV стадия – Осложнения.

ДИАГНОСТИКА ЖКБ

Диагностика ЖКБ основывается на данных анамнеза, осмотра и типичных факторов риска.

Методом выбора в диагностике ЖКБ в связи с его высокой чувствительностью, безопасностью и широкой доступностью является УЗИ печени и желчных путей. УЗИ не обладает достаточной чувствительностью в диагностике холедохолитиаза. Косвенный признак холедохолитиаза – расширение протока – наблюдается не всегда.

К УЗИ признакам острого холецистита относятся: выраженная болезненность при компрессии датчиком непосредственно в проекции желчного пузыря («ультразвуковой симптом Мерфи»), наличие жидкости вокруг желчного пузыря, утолщение его стенки (4 мм и более). Наиболее специфичный и надежный из этих признаков – «ультразвуковой симптом Мерфи», поскольку утолщение стенки и наличие жидкости могут быть обусловлены другими причинами (например, асцитом).



Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет обнаружить желчные камни при достаточном содержании в них кальция (с помощью этого метода выявляют 10–15% холестериновых и около 50% пигментных камней). Рентгенографию также применяют для распознавания эмфизематозного холецистита, «фарфорового» желчного пузыря, известковой желчи, пареза желчного пузыря.



Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС). В последнее время в диагностике холедохолитиаза все большую популярность приобретает эндоскопическая ультрасонография. Динамика развития этого метода за последнее десятилетие сместилась от применения его для обнаружения опухолевых образований желудочно-кишечного тракта до диагностики гепатобилиарной патологии, особенно холедохолитиаза. Французские авторы (Prat F. et al.) подчеркивают, что с развитием ЭУС популярность ретроградной холангиопанкреатографии (РПХГ), считающейся в настоящее время еще «золотым стандартом» в диагностике холедохолитиаза, значительно снизилась. Неинвазивность ЭУС позволяет избежать осложнений, встречающихся при РПХГ. Высокая точность данной методики позволяет ей конкурировать с магнитнорезонансной томографией (МРТ). ЭУС позволяет визуализировать микролиты и в общем желчном протоке диаметром менее 2 мм. Чувствительность ЭУС по данным ряда авторов составляет до 100%. Специфичность 81-90%. Точность этого метода в диагностике холедохолитиаза также высока и составляет 96,9%.

Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) – инвазивное исследование, в процессе которого проводят канюлирование большого сосочка двенадцатиперстной кишки с контрастированием общего жёлчного протока. При выявлении конкремента(ов) в протоке возможно одновременное проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией.

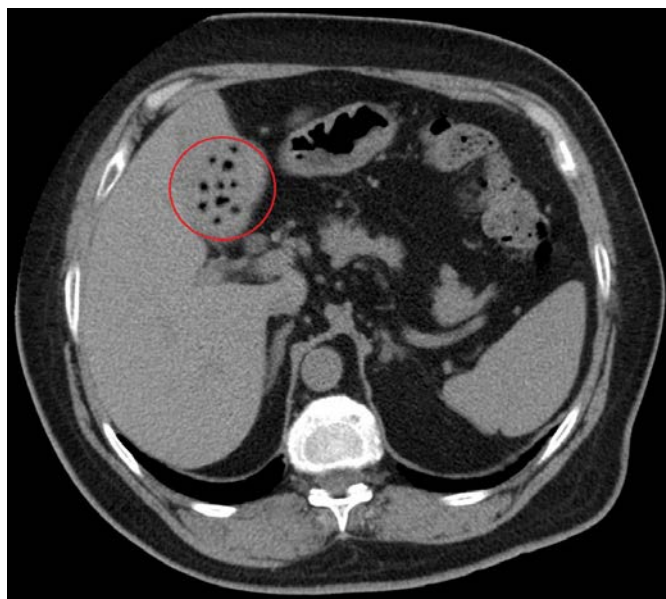


Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МР-ХПГ) характеризуется высокой эффективностью в распознавании холедохолитиаза (90–95%), однако камни размером менее 3 мм не всегда удается обнаружить. Это исследование нельзя проводить пациентам с кардиостимуляторами/дефибрилляторами, что служит существенным препятствием для его применения.



Компьютерная томография не позволяет получить достоверные данные о наличии камней в желчных путях, так как при этом исследовании удается

обнаружить только камни, содержащие достаточное количество кальция и поглощающие рентгеновские лучи (не более 50%).



Основные инструментальные методы диагностики желчнокаменной болезни, их диагностические достоинства и факторы, ограничивающие информативность метода представлены в таблице 3.

Таблица 3. – Инструментальные методы диагностики желчнокаменной болезни (Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни, 2016)

Диагностические достоинства метода	Факторы, ограничивающие информативность метода	Комментарии
УЗИ желчного пузыря		
Легко выполнимое и доступное исследование	Газообразование, Выраженное ожирение	Метод выбора в обнаружении камней
Точность выявления желчных камней (более 95%)	Асцит	
Одновременное сканирование ЖП, печени, желчных протоков, поджелудочной железы		

Исследование в «реальном времени», позволяющее оценить объем и сократимость ЖП		
Можно применять при желтухе, беременности		
Позволяет обнаруживать даже очень мелкие камни в ЖП		
Обзорная рентгенография брюшной полости		
Низкая стоимость Доступность	Недостаточная чувствительность Противопоказания при беременности	Патогномоничные признаки — при кальцинированных камнях, эмфизематозном холецистите, «фарфоровом» ЖП, известковой жёлчи, парезе ЖП
Радиоизотопное сканирование (HIDA, DIDA и др.)		
Точная идентификация обструкции пузырного протока Одновременная оценка проходимости желчных протоков	Противопоказания при беременности Сывороточный билирубин более 6–12 мг/дл Холецистограмма имеет низкое разрешение	Показано для подтверждения диагноза при подозрении на острый холецистит; менее чувствительно и специфично при хроническом холецистите. Позволяет установить признаки дискинезии («калькулезная холецистопатия»), особенно при введении холецистокинина с целью оценки опорожнения ЖП
Магнитно-резонансная холангиопанкреатография		
Высокая	Точность МР-ХПГ в	Методы выбора при

чувствительность в выявлении камней общего желчного протока	выявлении камней размером менее 3 мм недостаточная	наличии расширенного общего желчного протока по данным УЗИ и/или повышении показателей печеночных тестов (подозрение на холедохолитиаз)
---	--	---

Клинический пример

Пациентка С., женщина, 58 лет, пенсионерка. Отметила боли в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, боль беспокоила в основном только ночью, а также быстрое насыщение, вздутие живота, запоры. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Прошла следующие обследования:

- общий анализ крови: лейкоциты $6,8 \times 10^9/\text{л}$, п. 2%, СОЭ 22 мм/ч;
- общий анализ мочи: норма;
- ЭГДС: эритематозная гастропатия;
- УЗИ ОБП: явления жирового гепатоза.
- ЭКГ: синусовая аритмия.

Патологии со стороны других органов не выявлено.

Рекомендовано: соблюдать режим питания, исключить жареные, маринованные и копченые продукты.

В течение месяца отметила резкое ухудшение в общем состоянии: нарастала слабость, снизился аппетит. За 3 месяца потеряла 9 кг. Боли в эпигастральной области стали носить ежедневный ночной характер, снимались ненадолго анальгетиками. На высоте болевых ощущений пациентка вызвала скорую помощь. Эпигастральную боль купировать не удалось и пациентка была доставлена в приемный покой 2 ГКБ. В приемном покое осмотрена терапевтом, хирургом. Общий анализ крови: лейкоциты $9,8 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 124 г/л. Обзорный снимок брюшной полости: патологии не выявлено.

Пациентка направлена в гастроэнтерологическое отделение для уточнения причины абдоминального болевого синдрома.

В гастроэнтерологическом отделении в течение суток абдоминальный болевой синдром резко усилился, сопровождался рвотой, не приносящей облегчения. Температура тела повысилась до $37,8^0$. В связи с резким усилением болевого синдрома ночью, который сопровождался рвотой, была заподозрена язва 12-перстной кишки и назначена повторная ЭГДС. Протокол ЭГДС в

стационаре: пищевод – просвет не изменен, стенка эластичная, слизистая розовая, гладкая. Z- линия на 40 см от резцов, отчетливо выражена. Кардия сомкнута. Желудок расправляется, в просвете умеренное количество содержимого. Стенка эластичная. Складки нормально извиты. Слизистая в антральном отделе ярко гиперемирована. Привратник округлой формы, не деформирован, не смещен. Луковиц ДПК расправляется, правильной формы, слизистая розовая. Постбульбарный отдел расправляется, содержит следы желчи, слизистая розовая. Заключение: эритематозная гастропатия, выполнена биопсия из антрального отдела.

Пациентке назначена первая схема антихеликобактерной терапии. На фоне проводимой терапии отметилось незначительное уменьшение эпигастрального болевого синдрома. Однако на 5 день приема антихеликобактерной терапии ночью возник сильнейший приступ болей. Боли локализовались в эпигастрии и правом подреберье, сопровождались тошнотой и рвотой. Осмотрена хирургом – рекомендовано УЗИ ОБП в стационаре.

Протокол УЗИ ОБП: печень не увеличена, КВР 140 мм, контуры ровные, эхогенность средняя, проницаемость снижена, эхоструктура однородная. Желчный пузырь изогнут в области шейки, 65 x 28 мм, стенка 3 мм, неоднородная, в просвете сладж с мелкими конкрементами до 5 мм. Холедох 6 мм. Воротная вена 11 мм. Поджелудочная железа: головка 22 мм, тело 17 мм, хвост 24 мм, контуры неровные, эхогенность повышена, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен. Селезенка: 89 x 47 мм, эхоструктура однородная, селезеночная вена 5 мм. Почки правая и левая: без патологии. Лимфоузлы брюшной полости и забрюшинного пространства не определяются. Заключение: острый калькулезный холецистит.

Пациентка консультирована хирургом и переведена в отделение экстренной хирургии.

В хирургическом отделении проведена экстренная эндоскопическая холецистэктомия. При оперативном вмешательстве – в желчном пузыре масса мелких конкрементов, сгущенная желчь с гнойным содержимым. Назначена антибактериальная терапия ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день внутривенно. Выписана без осложнений в удовлетворительном состоянии.

Хотелось обратить внимание на ошибочную трактовку болевого синдрома, учитывая, что боль в эпигастрии и правом подреберье возникала в основном в ночное время суток врачи ассоциировали данный болевой синдром как язву 12перстной кишки. Именно это заставило их провести пациентки ЭГДС дважды и отдалить проведение эндоскопической холецистэктомии.

Особая группа пациентов это пациенты с билиарным сладжем (БС). Внедрение УЗИ позволило выделить группу пациентов, у которых определились макроскопически визуализируемые изменения в структуре желчи. Клиническая картина БС неспецифична, что подтверждает случай с нашей пациенткой.

ЛЕЧЕНИЕ

При бессимптомном течении ЖКБ рекомендуется придерживаться тактики наблюдения пациента без активного лечения, так как в данном случае риск развития осложнений ЖКБ, при которых потребовалось бы хирургическое лечение, составляет 1-2% в год.

Образ жизни, питание

Рекомендуется поддержание нормального ИМТ и рациональное питание, что предотвращает развитие острого холецистита. По данным ВОЗ через 10 лет количество людей с ожирением и висцеральным ожирением в развитых странах достигнет 40%. Для поддержания ИМТ в пределах 18,5 -25кг/м² необходимо остаться в пределах 1500 килокалорий, которые, в ближайшие годы станут нашим верхним пределом суточной калорийности. Прием пищи должен быть дробным и составлять 5-6 раз в день с перерывами не более 4-5 часов в связи с тем, что процесс желчеобразования активно идет ночью, а процесс желчеотделения днем на каждый прием пищи.

Рекомендуют употреблять продукты, обогащенные пищевыми волокнами: фрукты, овощи, злаки (зерновой хлеб, коричневый рис, продукты с отрубями), также рекомендуются фасоль и чечевица. Из мясных продуктов рекомендуют курицу, индейку, нежирные сорта рыбы. Рекомендованы кисломолочные продукты с пониженным содержанием жира, а молочные продукты желательно ограничить. Резко ограничивают жареные блюда, копчености, выпечку, продукты, богатые простыми углеводами.

Рекомендуется физическая активность.

Хирургическое лечение

Основным методом хирургического лечения ЖКБ, протекающей с клинической симптоматикой, остается холецистэктомия.

В многочисленных работах показано, что риск неблагоприятного исхода холецистэктомии низкий и опасность рецидива симптоматики при таком

способе лечения наименьшая. Лапароскопическая техника имеет явные преимущества по сравнению с операцией, выполняемой с использованием открытого доступа, во многих отношениях: менее заметный косметический дефект, более низкая стоимость, более раннее восстановление работоспособности больного, более низкая летальность, менее выраженные повреждения тканей и боли в послеоперационном периоде, более короткий период пребывания в стационаре.

Руководством для направления больных ЖКБ на оперативное лечение могут быть международные рекомендации Euricterus по отбору пациентов с холелитиазом для хирургического лечения, принятые на съезде хирургов в 1997 г. Наиболее важными факторами, используемыми в системе Euricterus для направления на оперативное лечение, являются наличие клинической симптоматики (билиарной боли, желчной колики), сопутствующий хронический панкреатит, выраженное снижение сократительной функции желчного пузыря, наличие осложнений ЖКБ.

Консервативное лечение

Для купирования билиарной колики можно применять спазмолитики различных классов, которые для получения быстрого эффекта целесообразно вводить парентерально. Мощным спазмолитическим эффектом даже при приеме внутрь характеризуется гиосцина бутилбромид — спазмолитик селективного N- и M3-холинолитического действия. В многочисленных исследованиях изучено действие этого препарата при лечении билиарной боли, а также абдоминальной боли другого происхождения (эффективность подтверждена результатами мета-анализа). Доказано спазмолитическое воздействие гиосцина бутилбромида на сфинктер Одди, заключающееся в уменьшении частоты и амплитуды его сокращений. Эффект после приема гиосцина бутилбромида внутрь наступает уже на 15-й минуте, что важно для быстрого купирования мучительной билиарной боли. Режим дозирования: прием «по требованию» 10–20 мг внутрь или в суппозиториях либо курсовое лечение по 10–20 мг 3 раза в день в течение 10–30 дней.

Одним из хорошо изученных селективных желудочно-кишечных миотропных спазмолитиков является мебеверина гидрохлорид. Препарат обладает антиспастическим эффектом (за счет снижения проницаемости мембран гладкомышечных клеток для ионов натрия и вторично — для ионов кальция), который не сопровождается атонией (из-за блокирования наполнения депо внеклеточным кальцием отток ионов калия из клетки является кратковременным и стойкого снижения мышечного тонуса не происходит).

Исследования показали, что при любой патологии, сопровождающейся спастическим гладкомышечным компонентом, включая билиарные расстройства, мебеверин снижает интенсивность боли в среднем на 5–6 баллов по визуальной аналоговой шкале. Уже через 15 мин после приема 200 мг мебеверина спастическая боль ослабевает или купируется. Мебеверин характеризуется селективностью действия на гладкомышечные клетки желудочно-кишечного тракта, отсутствием холинергических эффектов, вазодилатирующего и кардиотропного влияния. Режим назначения мебеверина: «по требованию» 200 мг внутрь, либо курсовое лечение по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды в течение 10–30 дней.

Для купирования диспепсических явлений, часто сопутствующих ЖКБ («плохая переносимость жирной и обильной пищи»), применяют спазмолитики, пеногасители, а также гимекромон, оказывающий холецистокининоподобное действие.

Альверин+симетикон благодаря комбинированному составу способствует не только устранению спазма и боли (альверин, селективный спазмолитик), но и за счет наличия в составе оптимальной дозы пеногасителя быстрому купированию метеоризма, часто возникающего у пациентов с заболеваниями желчных путей. Режим дозирования: прием «по требованию» 1 табл. (60 мг+300 мг) внутрь при дискомфортных ощущениях и вздутии либо курсовое лечение по 1 табл. 2–3 раза в день до еды в течение 14–30 дней или более длительно. Гимекромон – высокоселективный спазмолитик, синтетический аналог умбеллиферона, содержащегося в плодах аниса и фенхеля, которые издавна применяют как спазмолитические средства. Гимекромон оказывает холецистокининоподобное расслабляющее воздействие на сфинктер Одди. В слепых исследованиях установлена высокая эффективность гимекромона в купировании билиарной боли. Препарат не противопоказан при ЖКБ и холецистолитиазе. Действие гимекромона реализуется только на уровне желчных путей; абсорбция в системный кровоток не превышает 3%, что во многом объясняет высокую селективность воздействия на сфинктер Одди. Расслабляя сфинктер Одди и улучшая отток желчи в двенадцатиперстную кишку, гимекромон может способствовать снижению литогенности жёлчи. Препарат можно добавить к терапии УДХК с целью растворения желчных камней. Режим дозирования: прием «по требованию» 200–400 мг внутрь при дискомфортных ощущениях либо курсовое лечение по 200–400 мг 3 раза в день за полчаса до еды в течение 14–30 дней или более длительно.

ПРОФИЛАКТИКА

В рамках первичной профилактики ЖКБ врачу первого контакта целесообразно обратить внимание на функциональные расстройства билиарного тракта, поскольку снижение сократительной функции желчного пузыря и затруднение его опорожнения, обусловленные первичными дисфункциями билиарного тракта, что приводит к застою желчи и увеличению риска развития конкрементов. Среди мер профилактики холелитиаза основное место занимает модификация управляемых факторов риска — прежде всего, ожирения. Оказалось, что поддержание индекса массы тела (ИМТ) в пределах 19,5–21,9 как у мужчин, так и у женщин является наилучшей тактикой профилактики ЖКБ.

Потенциальная профилактическая роль урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в отношении развития ЖКБ и лечения ее начальной стадии активно рассматривается в материалах Римского консенсуса III (2006) именно сквозь призму лечения дисфункций желчного пузыря и сфинктера Одди. В диагностических алгоритмах, предложенных Римскими критериями III, рекомендуется пробная терапия препаратами УДХК для пациентов с предполагаемыми функциональными расстройствами билиарного тракта.

Другим перспективным направлением в изучении проблемы ЖКБ является вторичная профилактика и, в первую очередь, диагностика и лечение заболевания на предкаменной стадии: . На сегодняшний день известны основные этапы холестеринового литогенеза: 1) перенасыщение желчи холестерином; 2) нуклеация и преципитация кристаллов холестерина; 3) агрегация кристаллов и формирование микролитов. Наиболее оптимальной представляется диагностика предкаменной стадии ЖКБ на третьем этапе литогенеза – агрегации кристаллов моногидрата холестерина с последующим формированием микролитов, поскольку изменение микроструктуры желчи в виде сформировавшихся микролитов делает их макроскопически видимыми, что может выявляться с помощью ультразвукового исследования и описывается в виде различных вариантов билиарного сладжа (БС).

Увеличение оперативных вмешательств по поводу ЖКБ во многом связано с латентным течением заболевания и диагностикой ЖКБ уже на поздних стадиях, когда консервативные методы лечения малоэффективны или их применение невозможно. Однако холецистэктомия не компенсирует сложных патофизиологических нарушений, имеющих место при ЖКБ, основным из которых являются печеночно-клеточная дисхолия, изменение физико-химических свойств желчи.

Принципиально важными направлениями патогенетической терапии ранней стадии ЖКБ и профилактики желчного камнеобразования являются нормализация физико-химических свойств желчи и восстановление моторно-тонической функции билиарного тракта.

Терапевтический аспект ЖКБ является актуальной проблемой в связи с высокой, все возрастающей распространенностью, возможностью консервативного патогенетического лечения, а также предотвращения осложнений и необходимостью повышения качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билиарный сладж: возможности консервативной терапии / Н.А. Агафонова, Э.П. Яковенко, А.В. Яковенко, А.Н. Иванов // Лечебное дело. – 2016. – №3. – С. 14 – 20.
2. Буторова Л.И. Холестоз желчного пузыря: патогенез, клиника, диагностика, принципы консервативной терапии : уч.-метод. пособие. – М.: Форте принт, 2012. – 52 с.
3. Быстровская У.И., Ильченко А.А. Отдаленные результаты холецистэктомии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. - № 5. – 23-27.
4. Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика // Архив внутренней медицины. – 2016. - № 3 (29). – С. 30-35.
5. Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Опыт консервативного лечения пациентов с желчнокаменной болезнью. – Ижевск, 2011. – 143 с.
6. Вовк Е.И. Желчнокаменная болезнь в XXI веке: что нового? // Лечащий врач. – 2011. - №2.
7. Губергриц Н.Б. Желчнокаменная болезнь: от классики к современности // Consilium medicum. Гастроэнтерология (Приложение). – 2010. – №1. – С. 83-95.
8. Желчнокаменная болезнь. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике / Т.Э. Скворцова, С.И. Ситкин, В.Г. Радченко и др. : пособие для врачей. – Москва, 2013. – 68 с.
9. Желчнокаменная болезнь / Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. – 176 с.
10. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М.: Анахарсис, 2004. – 200 с.
11. Мехтиева О.А., Богданов Р.Н., Мехтиев С.Н. Алгоритм ведения пациентов с желчнокаменной болезнью // Лечащий врач. – 2011. - №2.
12. Мохов В.М., Гапеева М.Б. Терапевтические аспекты желчнокаменной болезни // РМЖ. – 2010. – № 13. – С. 806 – 810.
13. Резолюция Экспертного совета «Диагностика и лечение больных со сладжем в желчном пузыре» / В.Т. Ивашкин, А.В. Охлобыстин, Д.С. Бордин и др. // РЖГГК. – 2016. - №26 (6). – С. 127– 134.
14. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Е.К. Баранская и др. // РЖГГК. – 2016. - №3. – С. 64 – 80.
15. Селезнева Э.В., Ильченко А.А. Клинические и патогенетические особенности желчнокаменной болезни, сочетающейся с язвенной болезнью

- двенадцатиперстной кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. - № 4. – С. 31-36.
16. Трухан Д.И., Викторова И.А. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей в практике врача первого контакта // Медицинский совет. – 2016. - №14. – С. 109 – 116.
17. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Заболевания билиарного тракта у женщин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – №. С. – 85.
18. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Патология желчевыводящей системы у женщин: особенности патогенеза, течения, коррекции и профилактики // Consilium Medicum, 2013. - № 6. – С. 51-54.
19. Трухан Д.И., Филимонов С.Н., Тарасова Л.В. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей. – Новокузнецк: Полиграфист, 2013. – 111 с.
20. Хохлачева Н.А., Сергеева Н.Н., Вахрушев Я.М. Возрастные и гендерные особенности развития желчнокаменной болезни // Архив внутренней медицины. – 2016. - № 1 (27). – С. 34-39.
21. Marshall H.U., Einarsson C. Gallstone disease // J. Int. Med. – 2007. –Vol. 261/ – P. 529-542.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	3
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЖКБ	4
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖКБ	6
КЛАССИФИКАЦИЯ ЖКБ	12
ДИАГНОСТИКА ЖКБ	14
ЛЕЧЕНИЕ.....	21
ПРОФИЛАКТИКА.....	24
ЛИТЕРАТУРА.....	26

Учебное издание

Сухих Жанна Леонидовна
Штонда Марина Викторовна
Пристром Марьян Станиславович
Банькова Елена Михайловна
Петров Сергей Александрович

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: ВЗГЛЯД ТЕРАПЕВТА

учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Ж.Л. Сухих

Подписано в печать 12. 05. 2017. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,63. Уч.- изд. л. 1,33. Тираж 100 экз. Заказ 115.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

