

РЕКОМЕНДАЦИИ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ РОССИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ШИФР ПО МКБ-10

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — многофакторное и многостадийное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся определенной клинической картиной, нарушением обмена холе-

1. Желчнокаменная болезнь	К 80
2. Камни желчного пузыря	К 80.1
3. Камни желчного протока	К 80.2

стерина и /или билирубина с образованием желчных камней в пузыре и /или желчных протоках.

Желчнокаменной болезнью страдают от 10 до 20% взрослого населения. У женщин заболевание встречается чаще. 2/3 пациентов имеют холестериновые камни.

Клинические стадии:

I стадия — начальная (предкаменная);

II стадия — формирования желчных камней;

III стадия — хронического калькулезного холецистита;

IV стадия — осложнений.

1. ЭТИОЛОГИЯ

У большинства больных ЖКБ развивается в результате комплексного влияния множества факторов риска, включая:

1. *Диетические*: пища с избытком углеводов и животных жиров, бедная растительными волокнами и белками; низкокалорийные диеты с быстрой редукцией массы тела; нарушение режима питания (прием пищи на ночь).

2. *Конституциональные*: наследственность; гиперстенический тип конституции.

3. *Медицинские*: сахарный диабет; дислиппротеинемия; заболевания печени, кишечника, поджелудочной железы; интестинальная дисмоторика; инфекции билиарного тракта; гемолитическая анемия; длительное парентеральное питание; спинномозговая травма.

4. *Фармакологические*: контрацептивные препараты; фибраты; диуретики; октреотид, цефтриаксон.

5. *Социально-гигиенические*: злоупотребление алкоголем; курение; гиподинамия.

6. *Психологические*: частые стрессовые ситуации, конфликты в семье и (или) на работе.

7. Беременность, женский пол, избыточная масса тела.

2. ПАТОГЕНЕЗ

Одномоментное наличие трех основных патологических процессов — перенасыщение желчи холестерином, нарушение динамического равновесия между антинуклеирующими и пронуклеирующими факторами и снижение сократительной функции желчного пузыря.

Важным звеном в формировании холелитиаза является хроническая билиарная недостаточность, обусловленная дефицитом желчных кислот. Усугубляющими факторами являются нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот, психо-вегетативная дисфункция и нейрогуморальная дисрегуляция и инфекция.

3. ДИАГНОСТИКА

Диагноз ЖКБ ставится на основании клинической картины, данных лабораторных и инструментальных методов исследования (метод скрининга — трансабдоминальное УЗИ).

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

НА СТАДИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

Билиарный сладж (БС). Этим термином обозначают любую неоднородность желчи, выявляемой при эхографическом исследовании. Заболевание на этой стадии может протекать бессимптомно, сопровождаться диспепсическими расстройствами или болями, локализующимися в правом подреберье (синдром «правого подреберья»).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

НА СТАДИИ ХОЛЕЛИТИАЗА

1. *Бессимптомное камненосительство* (латентное течение ЖКБ).

Встречается у 60–80% больных с камнями в желчном пузыре и 10–20% в желчных протоках. Желчные камни являются случайной находкой при обследовании по поводу других заболеваний. Период латентного камненосительства в среднем продолжается 10–15 лет.

2. *Болевая форма с типичными желчными коликами.* В общей популяции больных ЖКБ встречается в 7–10% случаев. Проявляется внезапно возникающими и обычно периодически повторяющимися болевыми приступами печеночной (желчной) колики. Приступ обычно провоцируется погрешностью в диете или физической нагрузкой, иногда развивается без видимых причин. Механизм возникновения печеночной колики чаще всего связан с нарушением желчеоттока из желчного пузыря (спазм пузырного протока, обтурация его камнем, слизью) или нарушением отхождения желчи по общему желчному протоку (спазм сфинктера Одди, обтурация его камнем, прохождение камня по общему желчному протоку). По данным хирургических стационаров, данная форма считается наиболее частым проявлением холелитиаза.

3. *Диспепсическая форма.* Частота колеблется в широких пределах (30–80%) и зависит от тщательности собранного анамнеза. Для этой формы характерен так называемый «синдром правого подреберья», в виде чувства тяжести, дискомфорта в правом подреберье, связанными или не связанными с приемами пищи. Треть больных жалуется на ощущение горечи во рту.

4. *Под маской других заболеваний.*

Стенокардитическая форма. Впервые описана как холецисто-кардиальный синдром в 1875 г. С. П. Боткиным. При этой форме боли, возникающие при печеночной колике, распространяются на область сердца, провоцируя приступ стенокардии. Обычно после холецистэктомии приступы стенокардии исчезают.

Триада Сейнта. Сочетание ЖКБ с диафрагмальной грыжей и дивертикулезом толстой кишки, описанная Ch. E. M. Saint в 1948 г. Патогенетическая связь компонентов триады не ясна, возможно, речь идет о генетическом дефекте.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА

Острый калькулезный холецистит. Среди больных с острым холециститом 90% составляют больные ЖКБ. Чаще возникает у пожилых. При остром холецистите возникают патологические изменения в стенке желчного пузыря (склероз, нарушение кровообращения и т. д.). Способствует его развитию механическое повреждение слизистой оболочки конкрементами, нарушение оттока желчи, за счет частичной или полной обтурации пузырного протока. Инфекция (кишечная или синегнойная палочка, энтерококки и др.) присоединяется вторично. При УЗИ выявляется трехслойное строение стенки желчного пузыря.

Хронический калькулезный холецистит — самое распространенное осложнение ЖКБ. Протекает чаще в виде диспепсической формы, желчные колики развиваются редко. При УЗИ выявляется неравномерное утолщение стенки желчного пузыря.

Отключенный желчный пузырь — одно из самых частых осложнений холецистолитиаза. Основной

причиной отключения желчного пузыря является вклинение в его шейку конкремента, реже сгустка замазкообразной желчи. Способствующим фактором является шеечный холецистит.

Водянка желчного пузыря развивается в результате обтурации желчного протока вколоченным конкрементом или сгустком замазкообразной желчи, сопровождается накоплением в пузыре прозрачного содержимого (серозного выпота) с примесью слизи. При этом желчный пузырь увеличивается в объеме, а стенка его истончается. При пальпации — увеличенный желчный пузырь, эластичный, безболезненный (*симптом Курвуазье*). Диагностируют с помощью УЗИ, иногда дополняют КТ.

Эмпиема желчного пузыря развивается на фоне отключенного желчного пузыря в результате присоединения инфекции. Клинические проявления в отдельных случаях могут быть сглажены, особенно у пожилых, но могут и соответствовать внутрибрюшному абсцессу.

Флегмона стенки желчного пузыря является исходом острого калькулезного холецистита.

Часто сопровождается формированием различных свищей. Диагностика основана на данных клинических, лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ, КТ).

Перфорация желчного пузыря возникает вследствие трансмурального некроза стенки желчного пузыря в результате пролежня крупного конкремента и сопровождается формированием свищей.

Желчные свищи: формируются при некрозе стенки желчного пузыря и подразделяются на:

а) билиодигестивные (холецистодуоденальные, холецистогастральные, холедоходуоденальные и др.)

б) билибилиарные (холецистохоледохиальный, холецистогепатический).

При инфицировании билиодигестивных свищей развивается холангит.

Билиарный панкреатит развивается вследствие нарушения желчеоттока и панкреатического секрета, возникшего при отхождении камня или билиарного сладжа из желчного пузыря или общего желчного протока.

Синдром Мирицци развивается вследствие вклинения конкремента в шейку желчного пузыря и последующего развития воспалительного процесса, в результате которого может произойти сдавление общего желчного протока, с последующим развитием механической желтухи.

Непроходимость кишечника, обусловленная желчным камнем — встречается очень редко (1% всех случаев перфорации желчного пузыря и кишечной



непроходимости). Развивается вследствие пролеж-
ня и последующей перфорации стенки желчного
пузыря крупным конкрементом и попаданием его
в тонкую кишку. Закупорка кишечника камнем про-
исходит в наиболее суженной части тонкой кишки,
обычно в 30–50 см проксимальнее илеоцекальной
заслонки.

Рак желчного пузыря. В 90% случаев сопро-
вождается холециститом. Особенно высокий
риск малигнизации возникает при длительном
каменосительстве (более 10 лет).

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ

Частота холедохолитиаза при ЖКБ составляет
15%, в пожилом и старческом возрасте — 30–35%.
Принципиально выделение двух видов холе-
дохолитиаза — резидуального и рецидивного.
Рецидивными считаются конкременты, образование
которых обусловлено стриктурами, стенозом боль-
шого дуоденального сосочка и наличием инородных
тел (шовный материал) в общем желчном протоке.

Клинически холедохолитиаз может протекать
бессимптомно, или же иметь выраженные симпто-
мы (желтуха, лихорадка, болевой синдром).

Трансабдоминальное ультразвуковое скани-
рование позволяет диагностировать протоковые
камни в 40–70% случаев. Это обусловлено тем,
что у части больных не удается визуализировать об-
щий желчный проток на всем протяжении из-за ме-
теоризма, спаечного процесса после оперативных
вмешательств на органах брюшной полости или вы-
раженной подкожно-жировой клетчатки передней
брюшной стенки. В этих ситуациях УЗИ дополняют
эндоскопической ретроградной холангиопанкреа-
тикографией (ЭРХПГ). Следует учитывать противо-
показания к исследованию, возможность развития
осложнений, а также низкую частоту выявления
в холедохе камней диаметром менее 5 мм.

«Золотым» стандартом в диагностике холедо-
холитиаза следует считать эндоскопическую уль-
трасонографию (ЭУС), чувствительность которой
составляет 96–99%, а специфичность — 81–90%.

Показано биохимическое исследование крови
с изучением активности АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП.

ОБЪЕКТИВНОЕ (ФИЗИКАЛЬНОЕ) ОБСЛЕДОВАНИЕ

Имеет ориентировочное диагностическое значение.
При ЖКБ, осложненной острым холециститом, мож-
но определить положительные симптомы: Ортнера
(появление боли при поколачивании по правой
реберной дуге), Захарьина (наличие болезнен-
ности при пальпации или перкуссии по брюш-
ной стенке в зоне желчного пузыря), Василенко
(появление на высоте вдоха боли при перкуссии
по передней брюшной стенке в проекции желч-
ного пузыря), Мерфи (появление на высоте вдоха
болезненности при пальпации в точке желчного
пузыря), Георгиевского-Мюсси, или правосторон-
ний френникус — симптом (наличие болезненности

при надавливании между ножками правой грудино-
ключично-сосцевидной мышцы). Симптом
Курвуазье — пальпаторно определяется увеличен-
ный, напряженный и болезненный желчный пузырь,
что свидетельствует о закупорке общего желчного
протока, обусловленного холедохолитиазом, опухо-
лью поджелудочной железы, большого дуоденаль-
ного сосочка (БДС) или другими причинами, часто
сопровождается желтухой, кожным зудом.

Клиническое значение имеет определение точек
Маккензи, Бергмана, Йоноша, Лапинского, позво-
ляющие проводить дифференциальный диагноз
с патологией поджелудочной железы.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обязательные: клинический анализ крови, общий
анализ мочи, диастаза мочи, биохимическое ис-
следование крови (общий билирубин и фракции,
общий белок, глюкоза, амилаза, общий холесте-
рин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП), группа крови, резус-
фактор. Анализ крови на RW, ВИЧ, вирусные мар-
керы (HBsAg; анти-HCV). Липидный спектр крови
с определением коэффициента атерогенности (ХС,
ЛПВП, ХС ЛПНП, триглицериды (ТГ), фосфолипи-
ды), биохимическое исследование желчи, получен-
ной при дуоденальном зондировании (холестерин,
желчные кислоты, фосфолипиды с вычислением
холато-холестеринового коэффициента (ХХК)
и фосфолипидно-холестеринового коэффициента
(ФХК).

При неосложненном течении ЖКБ лабораторные
показатели, как правило, не изменены. После при-
ступа желчной колики в 30–40% случаев отмечается
повышение активности сывороточных трансаминаз,
в 20–25% ЩФ, ГГТП, в 20–45% — уровня билиру-
бина. Как правило, через неделю после приступа
показатели приходят к норме. Если заболевание
осложнилось острым калькулезным холециститом,
то отмечается лейкоцитоз и увеличение СОЭ.

Дополнительные:

Морфометрическое исследование желчи (кри-
сталлография) методом поляризованной микро-
скопии для определения особенностей структуры
желчи. Изменения в морфологической картине
желчи начинаются уже на ранней стадии ЖКБ,
оптическая структура кристаллов изменяется в за-
висимости от давности заболевания.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансабдоминальная ультрасонография (ТУС) —
основной метод диагностики. В большинстве слу-
чаев обеспечивает качественную визуализацию
всех отделов желчного пузыря и желчных путей.
Позволяет изучить расположение, форму желч-
ного пузыря, толщину и структуру его стенки, ха-
рактер внутрисветного содержимого, а также
смещаемость при изменении положения больного
и наличие локальной болезненности при инстру-
ментальной пальпации во время ТУС (положительный

сонографический симптом Мерфи). В большинстве случаев исследованию доступны различные отделы общего желчного протока, что позволяет получить сведения о его ширине, состоянии стенки, наличии конкрементов, желчной замазки и другой патологии. Чувствительность метода составляет 37–94%, а специфичность — 48–100%.

В норме желчный пузырь имеет ровные и четкие контуры, содержимое его эхооднородно. При БС могут выявляться: взвешенный осадок в виде мелких частиц; расслоение желчи с образованием горизонтального уровня «жидкость — жидкость»; образование сгустков экзогенной желчи, смещаемых или фиксированных к стенке желчного пузыря; тотальное повышение эхогенности желчи, приближающееся к паренхиме печени (замазкообразная желчь). Следует учитывать, что замазкообразная желчь затрудняет точную диагностику, так как либо сама маскирует наличие мелких и даже средних размеров желчных камней, либо «склеивает» конкременты, затрудняя их визуализацию. Рекомендуется выделять следующие формы БС:

- микролитиаз (взвесь гиперэхогенных частиц: точечные, единичные или множественные, смещаемые, не дающие акустической тени);
- замазкообразная желчь (эхонеоднородная желчь с наличием участков, приближающихся по эхогенности к паренхиме печени, смещаемых или фиксированных к стенке желчного пузыря);
- сочетание замазкообразной желчи с микролитами. При этом микролиты могут быть одновременно как в составе сгустка замазкообразной желчи, так и в полости желчного пузыря.

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС). Позволяет более качественно оценить внепеченочные желчные протоки на всем протяжении, область БДС, уточнить характер патологических изменений в стенке желчного пузыря. Внедрение в клиническую практику ЭУС при подозрении на холедохолитиаз позволяет значительно уменьшить количество диагностических ЭРХПГ. У больных с острым панкреатитом неясной этиологии ЭУС позволяет выявить или исключить билиарную этиологию панкреатита (холедохолитиаз, патология БДС), внутрипротоковые муцинопродуцирующие неоплазии (IPMN), опухоли, кистозные образования, определить их топографическое расположение, при необходимости провести тонкоигольную пункцию (ТИП) патологического образования.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ) — показана для выявления холедохолитиаза, стеноза, стриктуры, кист, полипов, дивертикулов и другой патологии общего желчного протока, а также главного панкреатического протока (ГПП). Чувствительность метода в выявлении холедохолитиаза составляет 70–80%, специфичность — 80–100%. В связи с частыми осложнениями (опасность развития ЭРХПГ-ассоциированного панкреатита) ЭРХПГ с диагностическими целями

должна применяться по более жестким показаниям. Для этих целей целесообразно чаще использовать неинвазивные методы исследования (ЭУС, МРХПГ).

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Позволяет выявить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, являющиеся возможной причиной патологии желчных путей или абдоминального болевого синдрома, диагностировать патологию БДС.

Для определения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и тонуса сфинктерного аппарата желчных путей показаны:

1. *Динамическая ультразвуковая холецистография* по общепринятой методике, заключающейся в измерении объема желчного пузыря до и после желчегонного завтрака с 10-минутным интервалом, в течение 1,5 часов;

2. *Динамическая гепатобилисцинтиграфия* с оценкой желчсекреторной функции печени по времени максимального накопления радиофармпрепарата в печени (Т_{max} печени), желчсекреторной функции печени — по времени полувыведения радиофармпрепарата из печени (Т_{1/2} печени), депонирующей функции желчного пузыря по времени максимального накопления радиофармпрепарата в желчном пузыре (Т_{max} ЖП), моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря — по времени полувыведения радиофармпрепарата из желчного пузыря (Т_{1/2} ЖП) и латентному времени желчегонного завтрака (ЛВЖЗ).

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет определить рентгенопозитивность/негативность конкрементов, обнаруженных при УЗИ в желчном пузыре или желчных путях.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости с внутривенным контрастированием — один из наиболее точных методов визуализации (чувствительность — 56–90%, специфичность — 85–90%), имеет преимущество по сравнению с КТ. Показана для уточнения характера поражения стенки желчного пузыря и ее взаимоотношения с окружающими органами с целью исключения опухолевого процесса.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) и магнитно-резонансная холангиопанкреатикография (МРХПГ) позволяют получить прямое изображение билиарной системы, протоков поджелудочной железы, выполнить бесконтрастную ангиографию и холецистохолангиографию. Показаны при наличии множественных конкрементов протоковой системы, независимо от их локализации, при подозрении на внутрипротоковые опухоли. МРХПГ позволяет выявить иррегулярное сужение главного панкреатического протока (при подозрении



на аутоиммунный панкреатит), стриктуры в холедохе и внутрипеченочных протоках.

Дуоденальное зондирование, в частности, этапное хроматическое дуоденальное зондирование (ЭХДЗ) с графической регистрацией желчеотделения, расчетом стимулированного часового дебита желчи и изучением часового дебита печеночной желчи и ее компонентов. Дает возможность в рамках одного исследования диагностировать нарушения процессов желчеобразования, желчеотделения, моторики билиарного тракта, а также определять типы холесекреции печеночной желчи. Биохимическое исследование желчи позволяет определять ее качественный состав, диагностировать степень хронической билиарной недостаточности. Исследование также может верифицировать литогенную желчь и активизировать процессы воспаления и лечения.

Определение психо-вегетативного состояния пациентов:

а) исследование вегетативной нервной системы (вегетативный тонус, вегетативная реактивность и вегетативное обеспечение деятельности);

б) исследование психологического статуса (реактивная тревожность, личностная тревожность и депрессия).

4. ЛЕЧЕНИЕ

4.1. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Тактика ведения больных ЖКБ должна быть дифференцирована в зависимости от стадии заболевания

4.1.1. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА СТАДИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

1. Больным с впервые выявленным билиарным сладжем в форме взвешенных гиперэхогенных частиц, при отсутствии клинической симптоматики необходимо назначение диетотерапии (дробное питание и ограничение употребления легкоусвояемых углеводов и холестеринсодержащих продуктов) и динамическое наблюдение с повторным проведением УЗИ через 3 месяца. При сохранении билиарного сладжа к диетотерапии необходимо добавить медикаментозное лечение.

2. Больным с билиарным сладжем в форме эхогенной желчи с наличием сгустков и замазкообразной желчью, вне зависимости от клинической симптоматики, необходимо проведение консервативной терапии.

3. Базисным препаратом при всех формах БС является УДХК, которая назначается в дозе 10–15 мг/кг массы тела однократно на ночь в течение 1–3-х месяцев с проведением контрольных УЗИ ежемесячно. В среднем общий срок лечения обычно не превышает 3 мес. При БС, протекающим на фоне гипотонии желчного пузыря и (или) гипертонуса сфинктера Одди к УДХК целесообразно добавить мебеверина гидрохлорид (Дюспаталин) по 200 мг 2 раза в сутки или гимекромон (Одестон) 400 мг 3 раза в сутки. При нарушении психо-эмоционального и (или) вегетативного равновесия — 2-меркаптобензимидазол

(Афобазол) в дозе 10 мг 3 раза в сутки до полного исчезновения сладжа. В комплекс консервативной терапии показано включение органопрепаратов — Энтеросана и Гепатосан, т.к. они оказывают гиполипидемический эффект, влияя на синтез холестерина в гепатоците и его абсорбцию в кишке. В комплексе с препаратами УДХК, нормализующими коллоидную стабильность желчи и снижающими транспорт холестерина в стенку желчного пузыря, они на разных уровнях оказывают корректирующее влияние на катаболизм холестерина.

4.1.2. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА СТАДИИ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА

В связи с широким внедрением в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии консервативные методы лечения при ЖКБ отошли на второй план, однако не утратили своего значения.

4.1.2.1. Пероральная литолитическая терапия.

Из общей популяции больных ЖКБ 20–30% могут быть подвергнуты литолитической терапии. Для пероральной литолитической терапии применяются препараты желчных кислот. Литолитический эффект желчных кислот хорошо изучен. Хенодеоксихолевая кислота (ХДХК) замещает дефицит желчных кислот в желчи, подавляет синтез холестерина в печени, образует мицеллы с холестерином и, в конечном итоге, уменьшает литогенные свойства желчи. Урсодеоксихолевая кислота (УДХК) уменьшает насыщенность желчи холестерином за счет угнетения его абсорбции в кишечнике, подавления синтеза в печени и понижения секреции в желчь. Кроме того, УДХК замедляет осаждение холестерина (увеличивает время нуклеации) и способствует образованию жидких кристаллов.

4.1.2.1. 1. Показания к литолитической терапии.

1. Клинические:

- отсутствие желчных колик или редкие приступы;
- отсутствие нарушения проходимости внепеченочных желчных протоков;
- при несогласии больного на холецистэктомию с целью стабилизации процесса камнеобразования.

2. Ультразвуковые:

- Размеры одиночного конкремента не более 1 см.
- Гомогенная, низкоэхогенная структура камня.
- Округлая или овальная форма конкремента.
- Поверхность конкремента, близкая к ровной или в виде «тутовой ягоды». Исключаются конкременты с полигональной поверхностью.
- Слабая (плохо заметная) акустическая тень позади конкремента.
- Диаметр акустической тени меньше диаметра конкремента.
- Медленное падение конкремента при перемене положения тела.
- Множественные мелкие конкременты с суммарным объемом менее 1/4 объема желчного пузыря натощак.

- Коэффициент опорожнения желчного пузыря не менее 30–50%.
- Суточную дозу УДХК (10–15 мг/кг) принимают однократно вечером перед сном (в период максимального функционального покоя желчного пузыря). ХДХК назначают в суточной дозе 12–15 мг/кг. Допустимо сочетание ХДХК и УДХК по 7–10 мг/кг в сутки каждой.

4.1.2.1. 2. Противопоказания к литолитической терапии

- пигментные камни;
- холестериновые камни с высоким содержанием солей кальция; (по КТ коэффициент ослабления по Хаунсфилду (КОХ) > 70 ЕД);
- камни более 10 мм в диаметре;
- камни, заполняющие более 1/4 объема пузыря;
- сниженная сократительная функция желчного пузыря (коэффициент опорожнения < 30%);
- частые желчные колики в анамнезе (следует считать относительным противопоказанием, т. к. у части больных на фоне литолитической терапии частота желчных колик уменьшается или они исчезают вовсе);
- выраженное ожирение.

Эффективность литолитической терапии зависит от тщательности отбора больных, длительности лечения и колеблется в широких пределах. Эффективность литолитической терапии выше при раннем выявлении ЖКБ и значительно ниже у больных с длительным камненосительством в связи с обызвествлением камней. При сохраненной сократительной функции желчного пузыря (СФЖП) эффективность терапии выше по сравнению с таковой при сниженной СФЖП.

Эффективность лечения контролируют с помощью УЗИ, которое необходимо проводить через каждые 3 мес. Отсутствие положительной динамики через 6 месяцев терапии является основанием для ее отмены и решения вопроса об оперативном лечении.

При лечении ХДХК примерно у 10% больных отмечается диарея и повышение уровней активности аминотрансфераз, что требует отмены или снижения дозы препарата с последующим ее повышением до терапевтической. В связи с этим при литолитической терапии необходим биохимический контроль за уровнем активности аминотрансфераз каждые 3 месяца. При применении УДХК побочные эффекты очень редки (не более 2–5%). В случаях, резистентных к терапии, целесообразно сочетание УДХК и ХДХК или повышение дозы УДХК до 15–20 мг/кг в сутки.

Беременность не является противопоказанием к назначению УДХК.

Перед назначением литолитической терапии врач должен информировать больного о том, что:

- лечение продолжительное и дорогостоящее;
- на фоне лечения могут возникнуть желчные колики, в том числе и необходимость в оперативном лечении;

- успешное растворение не исключает рецидива камнеобразования.

4.1.2.2. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ)

Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) — разрушение камней с помощью ударных волн, индуцируемых генератором. По данным исследователей, 20% больных ЖКБ имеют показания для проведения ЭУВЛ. Метод в настоящее время используется как подготовительный этап для последующей пероральной литолитической терапии. В результате дробления камней увеличивается их суммарная поверхность, что резко сокращает курс литолитической терапии.

4.1.2.2. 1. Показания к ЭУВЛ

- функционирующий желчный пузырь (коэффициент опорожнения после желчного завтрака не менее 50%);
- проходимые желчные пути;
- рентгенопрозрачные камни или конкременты со слабой акустической тенью, исключаются конкременты с мощной акустической тенью, веерообразно расходящейся от его поверхности;
- суммарный объем камней не более 1/2 объема желчного пузыря натощак;
- размеры камней не более 3 см и не менее 1,0 см;
- отсутствие полостных образований по ходу ударной волны;
- отсутствие коагулопатии.

4.1.2.2. 2. Противопоказания к ЭУВЛ

- наличие коагулопатии;
- проводимая антикоагулянтная терапия;
- наличие полостного образования по ходу ударной волны.

При правильном отборе больных на литотрипсию фрагментация конкрементов достигается в 90–95% случаев. Литотрипсия считается успешной, если удастся добиться разрушения конкрементов до диаметра ≤ 5 мм. В ряде случаев билиарный сладж препятствует качественной ЭУВЛ. В подобных случаях предпочтителен предварительный 3-месячный курс литолитической терапии с последующей ЭУВЛ. При литотрипсии крупных камней требуется достаточно высокая мощность ударной волны. Для профилактики осложнений после дробления крупных камней (блок желчных путей образовавшимися многочисленными фрагментами, желчная колика, повышение активности трансаминаз, острый холецистит) целесообразно разрушить наиболее крупный из них на несколько мелких, затем провести 3-месячный курс пероральной литолитической терапии и вновь повторить ЭУВЛ с фрагментацией оставшихся камней до необходимого диаметра. После ЭУВЛ назначают препараты желчных кислот в тех же дозах, что и при пероральной литолитической терапии.



Осложнения ЭУВЛ:

- желчная колика;
- острый калькулезный холецистит;
- гипертрасаминаземия;
- блок внепеченочных желчных протоков;
- микро и макрогематурия.

4.1.2.3. Контактное растворение желчных конкрементов

При контактном литолизе растворяющее средство вводится непосредственно в желчный пузырь или в желчные протоки под рентгенологическим или ультразвуковым контролем. В клинической практике используется целый ряд препаратов: метил-tert-бутиловый эфир, изопропилацетат, этилпропионат, ацетилцистеин, монооктаноин и др. Показанием к применению контактного литолиза являются рентгеннегативные (холестериновые) желчные камни, плотность которых не превышает 100 ед. X. Относительные противопоказания — аномалии развития желчного пузыря, затрудняющие выполнение процедуры, крупные камни или конкременты, занимающие значительную часть пузыря. Абсолютные противопоказания: отключенный желчный пузырь, беременность.

4.1.3. Тактика ведения больных с бессимптомным камненосительством

Решение об оперативном лечении больных с бессимптомным камненосительством следует принимать в каждом случае индивидуально с учетом показаний и противопоказаний к перечисленным выше консервативным методам лечения.

Следует помнить, что отказ от выжидательной тактики ведения больных при бессимптомном камненосительстве и рекомендация более раннего проведения холецистэктомии способствует профилактике осложнений ЖКБ, в том числе и рака желчного пузыря.

4.1.4. Тактика введения больных на стадии хронического калькулезного холецистита

4.1.4. 1. Антибактериальная терапия

Назначают при обострении хронического калькулезного холецистита, которое клинически характеризуется, как правило, усилением болей в правом подреберье, учащением приступов желчной колики, повышением температуры тела, лейкоцитозом, ускоренной СОЭ, а по данным УЗИ — утолщением, трехслойностью стенки желчного пузыря, размытостью ее контуров, увеличением количества сладжа, особенно замазкообразной желчи.

Рекомендуемые варианты антибактериальной терапии

- Полусинтетические пенициллины: амоксициллин (флемоксин солютаб, оспамокс) амоксициллин + клавулановая к-та (амоксиклав, аугментин) внутрь по 500 мг 2 раза в сутки — 7–10 дней.*

* Применяются при наличии выраженного обострения: болевом синдроме, изменениях в анализах крови и при наличии эхографической картины, свидетельствующей о воспалительном процессе в желчном пузыре (3-слойная стенка желчного пузыря, утолщение ее более 3 мм).

- Макролиды: кларитромицин (клацид**, фромилид) по 500 мг 2 раза в сутки внутрь — 7–10 дней.*
- Цефалоспорины: цефазолин (кефзол, нацеф), цефатоксим (клафоран) по 1.0 г каждые 12 часов в /м — 7 дней.*
- Фторхинолоны: ципрофлоксацин (ципролет, ципробай), по 250 мг 4 раза в сутки внутрь — 7 дней; пefлоксацин (абактал) по 400 мг 2 раза в сутки внутрь 7 дней.*
- Нитрофураны: фуразолидон по 50 мг 4 раза в сутки, нитроксолин по 50 мг 4 раза в сутки внутрь 10 дней.***

4.1.4.2. Купирование болевого синдрома

- дротаверина гидрохлорид (но-шпа) 2% раствор 2,0–4,0 мл в виде монотерапии или в сочетании с другими спазмолитиками или
- метамизил натрий (баралгин, спазган) 5,0 в /в капельно 3–5 дней.

После купирования острых болей показан перевод на селективные миотропные средства для коррекции билиарной дисфункции желчного пузыря и сфинктерного аппарата (мебеверин гидрохлорид и др.).

4.1.4.3. Коррекция билиарных дисфункций (гипертонуса сфинктера Одди)

- Мебеверин (Дюспаталин) внутрь 200 мг — по 1 капсуле 2 раза в сутки — 14 дней до 1 месяца и более или
- гимекромон (Одестон) внутрь 200 мг — по 1 табл. 3 раза в сутки — 14 дней или
- домперидон (мотилиум, мотилак, пассажикс) внутрь 10 мг — по 1 табл. 3 раза в сутки — 14 дней.

4.1.4.4. Заместительная ферментная терапия

Применяется при хроническом билиарном панкреатите, течение которого сопровождается внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы.

Для заместительной ферментной терапии в настоящее время рекомендуются микрокапсулированные препараты в энтеросолюбивой оболочке (креон 10/25/40000 ЕД FIP липазы, эрмиталь и др.). Дозы препаратов зависят от степени экзокринной недостаточности:

- при нормальной экзокринной функции поджелудочной железы (данные эластазного теста) — по 1 капсуле креона 10000–5 раз в день;
- при умеренно выраженной экзокринной недостаточности по 2 капсулы креона 10000–5 раз в день;
- при выраженной экзокринной недостаточности — по 1 капсуле креона 25000–6 раз в день. Общий курс лечения 6 мес. и более.

Применение таблетированных препаратов и тем более ферментных средств, содержащих желчные кислоты, для проведения ферментной заместительной терапии не показано.

** удлиняет интервал QT с угрозой пароксизмальной желудочковой тахикардии.

*** Применяются при легком течении заболевания: болевой синдром не выражен, при эхографии — незначительное утолщение стенки желчного пузыря, в клиническом анализе крови без изменений.

4.2. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Занимает ведущее место в лечении больных ЖКБ и представляет собой удаление желчного пузыря вместе с камнями или только камней из пузыря. В связи с этим выделяют следующие виды оперативных вмешательств:

- традиционная (стандартная, открытая) холецистэктомия;
- операции малых доступов (видеолапароскопическая и «открытая лапароскопическая» холецистэктомия из мини-доступа);
- холецистолитотомия.

4.2.1. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

При холецистолитиазе:

- холецистолитиаз с наличием крупных и /или мелких конкрементов желчного пузыря, занимающих более $\frac{1}{3}$ объема желчного пузыря;
- холецистолитиаз, независимо от размеров конкрементов, протекающий с частыми приступами желчных колик;
- холецистолитиаз в сочетании со сниженной сократительной функцией желчного пузыря (коэффициент опорожнения после желчегонного завтрака менее 30%);
- холецистолитиаз, отключенный желчный пузырь;
- холецистолитиаз в сочетании с холедохолитиазом;
- холецистолитиаз, осложненный холециститом и /или холангитом;
- холецистолитиаз, осложненный синдромом Мирицци;
- холецистолитиаз, осложненный развитием водянки или эмпиемы желчного пузыря;
- холецистолитиаз, осложненный пенетрацией, перфорацией, свищами;
- холецистолитиаз, осложненный билиарным панкреатитом.

При холедохолитиазе:

Вопрос о тактике ведения больных и показаниях к оперативному лечению решается совместно с хирургом. При этом предпочтение в выборе хирургического лечения холедохолитиаза следует отдавать эндоскопическим методам.

Группу с повышенным операционным риском составляют больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями:

- ИБС 3–4 ФК, выраженная легочно-сердечная недостаточность;
- тяжелая декомпенсированная форма сахарного диабета;
- не корригируемые нарушения свертывания крови.

4.2.2. ПРОФИЛАКТИКА

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Частота развития постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) после оперативного вмешательства достигает 40–50%. Для профилактики ПХЭС целесообразно выполнение следующих рекомендаций:

- оперативное вмешательство по поводу ЖКБ выполнять до развития осложнений заболевания;
- комплексное обследование больных в предоперационном периоде, вне зависимости от выраженности клинической симптоматики, с целью выявления функциональной и органической патологии билиарного тракта и коррекции выявленных нарушений. Для повышения точности диагностики шире применять ЭУС и ЭХДЗ;
- больным с холестериновым холецистолитиазом показано проведение в течение одного месяца до операции и одного месяца после операции курсов терапии препаратами УДХК в стандартной дозе 10–15 мг/кг массы тела, а далее в зависимости от выявленной степени билиарной недостаточности;
- при наличии гиперхолестеринемии, а также при сочетании холецистолитиаза с холестерозом желчного пузыря показано проведение в течение одного месяца до операции и одного месяца после операции курсов терапии препаратами УДХК в дозе 15 мг/кг массы тела;
- для профилактики рецидивного холедохолитиаза при дисфункции сфинктера Одди (гипертонусе) показано применение миотропных спазмолитиков (мебеверин гидрохлорид в стандартной дозе) в течение 1–2 месяцев;
- ранняя реабилитация больных после холецистэктомии в условиях специализированного гастроэнтерологического санатория;
- диспансерное наблюдение за больными после холецистэктомии в течение 1 года.

4.3. РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Соблюдение режима питания и диеты с ограничением жирных, острых и жареных блюд;
- применение минеральных вод с невысокой минерализацией и преобладанием анионов гидрокарбонатов.

4.4. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показано после успешной литолитической терапии в санаториях желудочно-кишечного профиля типа Боржоми, Ерино, Монино, Железноводск, Краинка, Трускавец. При бессимптомном течении холецистолитиаза применение санаторно-курортных факторов должно быть осторожным, при часто рецидивирующем течении хронического калькулезного холецистита противопоказано.

4.5. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ

Клиническая ремиссия заболевания и нормализация лабораторных показателей:



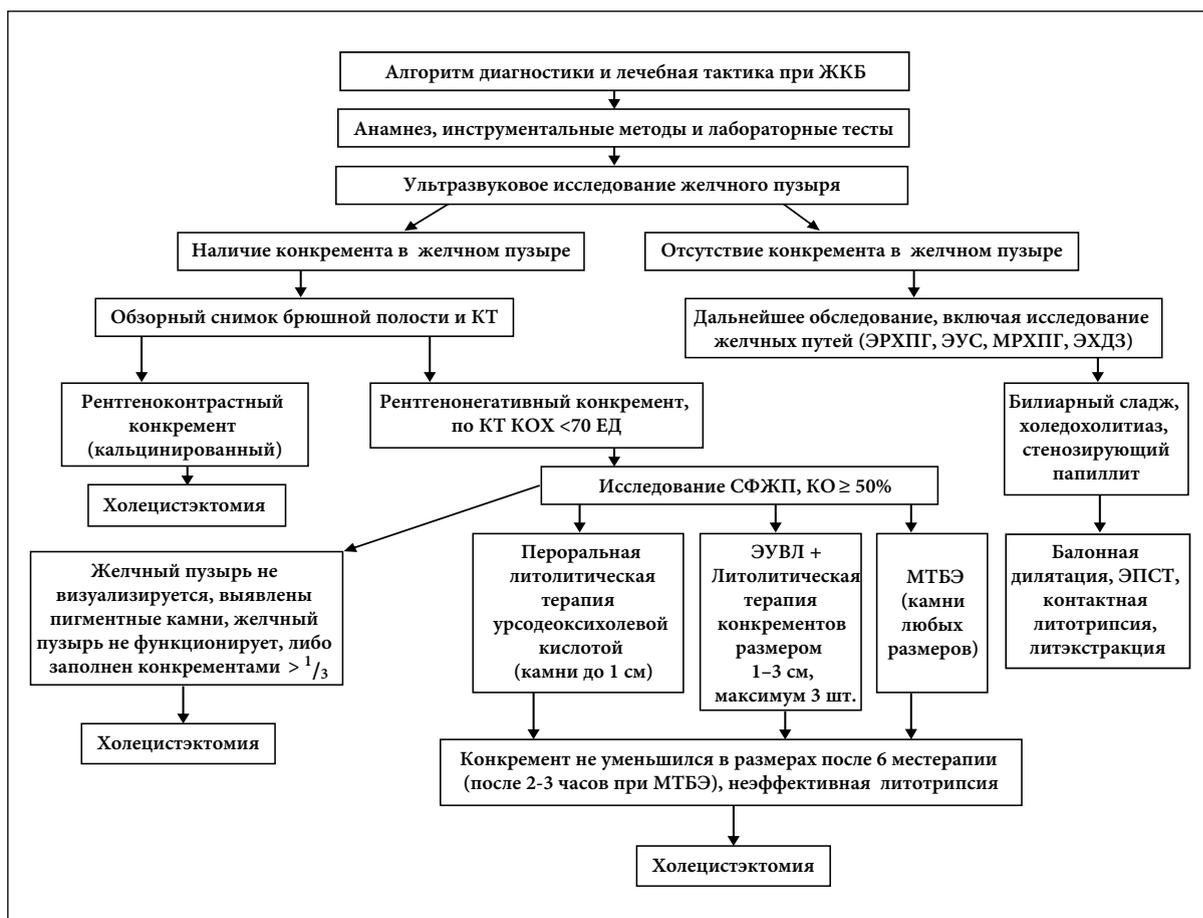
- исчезновение болевого и диспепсического синдромов;
- нормализация биохимических показателей крови;
- определение тактики дальнейшего ведения больного (литолитическая терапия, оперативное лечение).

5. ПРОФИЛАКТИКА ХОЛЕЛИТИАЗА

Осуществляется на I стадии ЖКБ. Лечение проводится в зависимости от наличия или отсутствия билиарных дисфункций. При отсутствии билиарных дисфункций — УДХК в суточной дозе 10 мг/кг массы

тела; при наличии билиарных дисфункций — УДХК в суточной дозе 10 мг/кг массы тела, 2-меркапто-бензимидазол 10 мг 3 раза в день, мебеверин 200 мг 2 раза в день или гимекромон 400 мг 3 раза в день. И в том, и в другом случае для пациентов проводится цикл занятий в школе здоровья, пациенты ставятся на диспансерный учет. В качестве превентивной терапии для профилактики желчного камнеобразования целесообразно курсы лечения по выбранным схемам повторять не реже одного раза в год. Рекомендуемый курс составляет 30 дней. Вопрос о продлении лечения в каждом случае решается индивидуально с учетом результатов клинического и лабораторно-инструментального исследования.

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ



При обнаружении билиарного сладжа алгоритм действий следующий:

1. динамическая ультразвуковая холецистография для определения наличия билиарных дисфункций (тонус желчного пузыря и сфинктера Одди);

2. лечение согласно разработанным схемам (см. п. 4.1.1. и 5 «профилактика желчного камнеобразования»);
3. обучение в школе здоровья;
4. постановка на диспансерный учет.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БДС — большой дуоденальный сосок
 БС — билиарный сладж
 ЖКБ — желчнокаменная болезнь
 ГПП — главный панкреатический проток
 ДПК — двенадцатиперстная кишка
 КО — коэффициент опорожнения
 КТ — компьютерная томография
 КОХ — коэффициент ослабления по Хаунсфилду
 МРТ — магнитно-резонансная томография
 МРХПГ — магнитно-резонансная холангиопанкреатография
 МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография
 ОЖП — общий желчный проток
 ПЖ — поджелудочная железа
 УЗИ — трансабдоминальное ультразвуковое исследование
 ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия
 ЭПСТ — эндоскопическая папиллосфинктеротомия
 ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
 ЭУС — эндосонография
 ЭХДЗ — этапное хроматическое дуоденальное зондирование

ЭКСПЕРТЫ, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В РАБОТЕ НАД РЕКОМЕНДАЦИЯМИ:

проф. С. А. Алексеенко (Хабаровск), д. м. н. Е. В. Быстровская (Москва), д. м. н. О. С. Васнев (Москва), проф. Я. М. Вахрушев (Ижевск), проф. В. А. Галкин (Москва), д. фарм. н. Л. В. Гладских (Москва), проф. И. Н. Григорьева (Новосибирск), проф. В. Б. Гриневич (Санкт-Петербург), проф. Р. А. Иванченкова (Москва), проф. А. А. Ильченко (Москва), проф. Л. Б. Лазебник (Москва), проф. И. Д. Лоранская (Москва), проф., чл.-корр. РАМН И. В. Маев (Москва), проф. В. А. Максимов (Москва), проф. О. Н. Минушкин (Москва), к. м. н. Ю. Н. Орлова (Москва), проф. А. И. Пальцев (Новосибирск), проф. Р. Г. Сайфутдинов (Казань), д. м. н. Э. Я. Селезнева (Москва), проф. Р. М. Филимонов (Москва), проф. В. В. Цуканов (Красноярск), проф. В. В. Чернин (Тверь), проф. А. Л. Чернышев (Москва), проф. Л. А. Харитонова (Москва), проф. С. Г. Шаповальянц (Москва), проф. Э. П. Яковенко (Москва).

