

БИЛИАРНАЯ ПАТОЛОГИЯ. КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Ильченко А. А.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Ильченко Анатолий Афанасьевич

111123, Москва, ш. Энтузиастов, д. 86

E-mail: cholerez@mail.ru

РЕЗЮМЕ

На основании клинического опыта, накопленного в отделении патологии желчных путей Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии, рассмотрены ключевые аспекты билиарной патологии, касающиеся вопросов классификации, диагностики, лечения и тактики ведения больных с различными заболеваниями билиарного тракта.

Ключевые слова: заболевания билиарного тракта; билиарная недостаточность; желчнокаменная болезнь; холецистозы.

SUMMARY

Based on the clinical experience gained in the Department of Pathology biliary tract, Central Research Institute of Gastroenterology, were reviewed key aspects of biliary pathology on the issues of classification, diagnosis, treatment, and tactics for management of patients with various diseases of the biliary tract.

Keywords: diseases of the biliary tract; biliary insufficiency; gallstone disease; cholecystitis.

Вопросы, касающиеся различных аспектов билиарной патологии, все чаще становятся предметом обсуждения на научных форумах и в печати. Этому способствовали значительные успехи, достигнутые в изучении процессов желчеобразования и желчевыведения, а также разработка и внедрение в широкую практику эффективных методов диагностики, позволивших выявлять как функциональные, так и органические заболевания билиарного тракта, ранее считавшиеся трудно диагностируемой и редкой патологией [1]. Определенные успехи достигнуты и в фармакотерапии заболеваний билиарного тракта [2]. Вместе с тем консервативная терапия при билиарной патологии не всегда достигает желаемых результатов, поэтому при заболеваниях билиарного тракта еще достаточно широко применяются различные хирургические вмешательства.

Многие вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза, выбора адекватных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний билиарного тракта, еще далеки от своего решения.

Одной из причин, сдерживающих решение этих вопросов, является **отсутствие современной классификации заболеваний желчного пузыря и желчных путей**. Сложность создания классификации заболеваний билиарного тракта обусловлена трудностью выбора общих признаков, которые

могли бы составить основу такой классификации. По этиологии все заболевания по-прежнему традиционно принято делить на 4 группы: воспалительные, обменные, опухолевые, паразитарные. Однако подобное деление носит весьма условный характер. Например, хронический воспалительный процесс в стенке желчного пузыря, сопровождающийся снижением фракции выброса при наличии литогенной желчи, может быть причиной формирования желчных камней. В свою очередь, заболевания, в основе развития которых лежат нарушения обмена (чаще холестеринового), нередко имеют и воспалительный компонент. А такие холестерин-ассоциированные заболевания, как холестериновая желчнокаменная болезнь и холестероз желчного пузыря, в основе развития которых лежит нарушение обмена холестерина и имеются однонаправленные биохимические изменения в желчи, принято относить в различные группы. При этом желчнокаменная болезнь (ЖКБ) считается классическим «обменным» заболеванием, а холестероз желчного пузыря традиционно относят в группу гиперпластических холецистозов, включающую аденомиоматоз, ксантогранулематоз и другие более редкие заболевания, характеризующиеся очаговыми или диффузными изменениями в стенке желчного пузыря.

Центральное место среди органической патологии билиарного тракта занимает желчнокаменная болезнь. С появлением возможности выявления холелитиаза предлагались различные классификации ЖКБ, базирующиеся в основном на стадии сформировавшихся желчных камней. В настоящее время следует считать окончательно признанным взгляд на желчнокаменную болезнь как на длительный и многостадийный процесс, при котором периоду камнеобразования предшествуют изменения метаболизма и физико-химических свойств желчи.

В связи с этим важное практическое значение имели бы классификации, направленные на диагностику заболевания на предкаменной стадии, так как это открывает широкие перспективы по первичной профилактике холелитиаза. По степени нарушения солюбилизирующих свойств желчи ранее предлагались различные классификации ЖКБ, включающие предкаменную стадию заболевания (D. Small, 1974; X. X. Мансуров, 1982 и др.).

Однако эти классификации не нашли практического применения, так как для диагностики начальных стадий заболевания требовалось проведение дуоденального зондирования и биохимическое исследование желчи, что значительно ограничивало использование метода в качестве скринингового.

Внедрение в клиническую практику ультразвукового метода исследования дало возможность выявлять макроскопически видимые изменения в структуре пузырной желчи, что послужило толчком для разработки новой клинической классификации ЖКБ с включением в нее предкаменной стадии заболевания. Такая классификация была разработана в Центральном НИИ гастроэнтерологии, обсуждена на III съезде Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР) и рекомендована для применения в клинической практике [3].

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖКБ (ЦНИИГ)

I стадия — начальная, или предкаменная

- А) Густая неоднородная желчь.
- Б) Формирование билиарного сладжа:
 - а) с наличием микролитов;
 - б) с наличием замазкообразной желчи;
 - в) сочетание замазкообразной желчи с микролитами.

II стадия — формирование желчных камней

- А) По локализации:
 - а) в желчном пузыре;
 - б) в общем желчном протоке;
 - в) печеночных протоках.
- Б) По количеству конкрементов:
 - а) одиночные;
 - б) множественные.
- В) По составу:
 - а) холестериновые;
 - б) пигментные;
 - в) смешанные.
- Г) По клиническому течению:

- латентное течение;
- с наличием клинических симптомов;
- болевая форма с типичными желчными коликами;
- диспепсическая форма;
- под маской других заболеваний.

III стадия — хронический рецидивирующий калькулезный холецистит

IV стадия — осложнения

Определенный прогресс в упорядочении функциональных заболеваний билиарного тракта внесла международная классификация функциональных нарушений, принятая в Риме в 1999 году, согласно которой были выделены дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди. Это послужило основой для определения роли билиарных дисфункций в генезе различных заболеваний билиарного тракта, дало толчок к разработке методов диагностики и медикаментозных схем лечения.

Несмотря на кажущуюся легкость диагностики, **билиарная патология — одна из наиболее трудно диагностируемых**. Эндоскопические методы исследования, являющиеся основными в диагностике патологии полых органов, не получили при билиарной патологии такого широкого распространения, как, например, в выявлении заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта, в связи с техническими трудностями их выполнения и дороговизной подобной аппаратуры. Рентгенологические методы (пероральная холецистография, внутривенная холеграфия) утратили свое значение из-за низкой чувствительности и специфичности. Пероральная холецистография может быть применена лишь в качестве дополнительного метода для отбора больных на литолитическую терапию по поводу холецистолитиаза и для оценки сократительной функции желчного пузыря.

ЭРХПГ — один из наиболее часто востребованных методов для выявления патологии в билиарном тракте. Метод в первую очередь позволяет получить представление о проходимости желчных протоков, их диаметре, деформациях, стриктурах, стенозах, кистозных расширениях, наличии камней, доброкачественных или злокачественных поражений протоковой системы. Преимуществом метода является возможность эндохирургических вмешательств на желчных путях, главными из которых являются восстановление желчеоттока (папиллодилатация, папиллотомия, папиллосфинктеротомия) и литэкстракция. Существенным недостатком метода являются побочные эффекты и различные осложнения, связанные с его применением, в первую очередь ЭРХПГ-индуцированного панкреатита [4]. ЭРХПГ, считавшаяся до недавнего времени «золотым стандартом» в диагностике холедохолитиаза, оказалась малоинформативной при рентгеногегативных камнях и конкрементах менее 5 мм.

Частота ложноотрицательных результатов в таких случаях достигает 1–15%. Следует учитывать и тот факт, что ЭРХПГ не всегда технически выполнима (стенозирующий папиллит, операции на желудке, парафатериальные дивертикулы, расположение фатерова сосочка в дивертикуле и т. д.).

Трансабдоминальная ультрасонография (ТУС) — основной метод диагностики функциональных и органических заболеваний билиарного тракта. ТУС — объективный метод оценки сократительной функции желчного пузыря. Возможность исследовать в динамике объем желчного пузыря и изменение фракции выброса являются неоспоримым достоинством метода при оценке холеретического и холецистокинетического эффектов различных лекарственных препаратов, широко применяемых при терапии заболеваний билиарного тракта. С помощью ТУС можно изучить структурные изменения в стенке желчного пузыря, что впервые позволило не по эфемерным клиническим данным, а по эхографическим признакам получить объективную информацию для постановки диагноза острого или хронического холецистита как наиболее частой патологии билиарного тракта. Однако возможности ТУС у тучных пациентов с выраженным метеоризмом и наличием спаечного процесса после холецистэктомии могут быть значительно ограничены. Метод обладает большой погрешностью при выявлении гипертонической дисфункции сфинктера Одди, определяемой по степени дилатации общего желчного протока после желчегонного завтрака. С его помощью не всегда удается визуализировать общий желчный проток на всем протяжении. В связи с этим может возникнуть потребность в применении других инструментальных методов диагностики, в первую очередь эндоскопической ультрасонографии (ЭУС).

ЭУС, несомненно, более дорогостоящее исследование по сравнению с ТУС. Однако высокая разрешающая способность и возможность обследования протоковой системы и желчного пузыря из эндоскопического доступа, когда имеются указанные выше трудности обследования, свойственные трансабдоминальной сонографии, делают ЭУС в ряде случаев единственным достоверным источником информации. Оснащение крупных диагностических центров этой аппаратурой могло бы в полной мере удовлетворить потребности при возникновении трудностей диагностики с помощью ТУС или других методов исследования. В отличие от ЭРХПГ ЭУС позволяет выявить не только конкременты, но и микролиты в общем желчном протоке диаметром менее 2 мм. Точность ЭУС в диагностике холедохолитиаза высока и составляет 96–100% [5].

В последние годы появились и другие новые технологии, применяемые для выявления билиарной патологии, такие, например, как трехмерная спиральная и магнитно-резонансная томография, которые позволяют не только с большой вероятностью выявить протоковые камни, но и воссоздать

объемное виртуальное изображение желчевыводящих путей, выявить особенности их строения и анатомические соотношения с соседними структурами. Однако из-за высокой стоимости оборудования эти методы диагностики еще не получили должного распространения в клинической практике. Учитывая экономическое состояние отечественного здравоохранения и перспективы его развития, маловероятно, что они станут доступными для широкого применения в ближайшем будущем.

Оценить проходимость внепеченочных желчных протоков, функционального состояния сфинктерного аппарата желчных путей, наличие различных рефлюксов внутри протоковой системы и в определенной степени дать характеристику функционального состояния гепатоцита позволяет **динамическая холесцинтиграфия**. Следует подчеркнуть особое преимущество этого метода перед другими, так как исследование проводится в условиях, максимально приближенных к физиологическим. Метод в клинике применяется более 30 лет, однако его возможности в диагностике билиарной патологии используются недостаточно. Динамическая холесцинтиграфия показана в тех случаях, когда имеется подозрение на нарушение желчеоттока. Так, по нашим наблюдениям, более чем у 70% больных ЖКБ имеется увеличение времени поступления радиофармпрепарата в двенадцатиперстную кишку, что является объективным основанием для проведения медикаментозной или хирургической коррекции [6].

К сожалению, приходится констатировать, что **этапное хроматическое дуоденальное зондирование** (ЭХДЗ), позволяющее выявить различные дисфункции в сфинктерном аппарате желчных путей, а по данным биохимического исследования желчи установить и степень билиарной недостаточности, в настоящее время незаслуженно предано забвению. Редкостью становится даже обычное дуоденальное исследование, позволяющее получить для различных исследований ценный биологический субстрат, коим является желчь.

Желчный пузырь и желчные пути и до настоящего времени остаются малодоступными для прижизненного морфологического исследования. Длительное время единственным субстратом для морфологического исследования являлся операционный или секционный материал. В связи с этим многие заболевания билиарной системы, особенно на начальных стадиях, еще остаются недостаточно изученными. Определенную обнадеживающую перспективу в этом направлении может дать внедрение в практику **тонкоигольной пункционной биопсии утолщенной стенки желчного пузыря под ультразвуковым контролем**.

Инструментальные методы исследования позволили в ряде случаев выявлять билиарную патологию на начальных стадиях и, что особенно важно, до начала клинических проявлений. В связи с этим изменились представления о частоте

обнаружения, особенностях клинического течения целого ряда заболеваний. Ярким примером являются холестероз желчного пузыря и ЖКБ. Несмотря на то что холестероз желчного пузыря (ХЖП) был описан Вирховом еще в 1857 году, вплоть до конца XX века это заболевание считалось редким и трудно диагностируемым заболеванием. Внедрение в широкую практику ультразвукового метода исследования позволило выявлять не только очаговые, но и диффузные формы ХЖП, которые встречаются в 4–5 раз чаще, чем очаговые. По нашим данным, основанным на ультразвуковом исследовании 4000 пациентов с различной билиарной патологией, **холестероз желчного пузыря выявлен в 40% случаев**. При этом более чем в 30% случаев поражение стенки желчного пузыря одновременно сочеталось с холецистолитиазом [7].

Считается, что наличие камней в желчном пузыре неизменно приводит к развитию **желчных колик**. Этот факт был обусловлен тем обстоятельством, что на протяжении более чем ста лет ЖКБ была предметом внимания хирургов. Действительно, появление желчных колик вынуждало больных проходить обследование, и если выявлялись желчные камни, то, как правило, определялись показания к оперативному лечению. Так, в последней монографии, посвященной ЖКБ и вышедшей из-под пера известных хирургов — С. А. Дадвани и соавт. [8], частота желчных колик среди других клинических форм ЖКБ составляет 75%. Однако анализ большого клинического материала показывает, что **примерно у 80% больных ЖКБ протекает без ярких клинических проявлений, а классическая картина желчных колик и вовсе отсутствует**. В связи с этим частота случайного обнаружения желчных камней при профилактических осмотрах остается достаточно высокой.

У значительной части (в зависимости от возраста до 15–40%) желчные камни выявляются только при аутопсии. Этот факт послужил причиной формирования мнения о нецелесообразности удаления желчного пузыря при так называемом **бессимптомном камненосительстве**. Несмотря на то что еще в прошлом веке У. Мэйо высказал мысль о том, что «безвредный желчный камень — это миф», выжидательная тактика при подобном течении ЖКБ стала доминирующей среди терапевтов. Основанием для такого суждения послужили сведения, публикуемые в литературе, что вероятность появления клинических симптомов у таких больных в течение 10–12 лет сравнительно невелика и составляет около 5%. При анализе 1122 историй болезни пациентов, находящихся на обследовании и лечении в отделении патологии желчных путей ЦНИИ гастроэнтерологии, было установлено, что ЖКБ встречается в любом возрасте. Однако своего пика достигает в возрасте 55–70 лет — периоде, характеризующемся наиболее выраженной полиморбидностью, резко повышающей операционный риск. В связи с этим у значительной категории больных в этом возрасте

операция холецистэктомия может быть выполнена только по жизненным показаниям. По нашим данным, у больных ЖКБ в возрасте 50–59 лет число таких случаев составило только 5%, в то время как в 60–69 лет — 17%, а старше 70 лет — 39%. Выполненная в таких условиях холецистэктомия сопровождается целым рядом послеоперационных осложнений и высокой летальностью. **Эти факты позволяют усомниться в целесообразности выжидательной тактики при латентном течении ЖКБ.**

Одним из грозных клинических симптомов при билиарной патологии является механическая желтуха, обусловленная обтурацией общего желчного протока. Нарушение желчеоттока чаще всего связано с холедохолитиазом, реже — с другими причинами. **Последние исследования с применением ЭУС показывают, что классическая картина холедохолитиаза в виде желтухи, болей в животе и лихорадки встречается сравнительно редко, а данные лабораторных исследований не всегда свидетельствуют о внепеченочном холестазах.** В то же время камни общего желчного протока часто выявляются не только у больных с холецистолитиазом, но и после удаления желчного пузыря. По нашим данным, при отсутствии убедительных данных клиники или лабораторных признаков холестаза, а также данных трансабдоминальной ультрасонографии, не позволившей исключить холедохолитиаз, **камни в общем желчном протоке были выявлены в 34,8% случаев при наличии холецистолитиаза и в 51,1% — у больных с удаленным желчным пузырем**. Одним из косвенных признаков холедохолитиаза считается дилатация общего желчного протока. При этом необходимо отметить два важных обстоятельства, которые существенно влияют на частоту выявления камней в общем желчном протоке. Во-первых, до настоящего времени нет единства в оценке нормальных размеров холедоха по данным ТУС. Размеры, которые рекомендуется принимать за норму, колеблются в пределах от 2 до 12 мм. Во-вторых, по нашим данным, в 78% случаев при ТУС визуализация общего желчного протока на всем протяжении затруднена и исследование в связи с этим малоинформативно. Проведенная в этих ситуациях ЭУС выявляет холедохолитиаз при диаметре холедоха до 6 мм в 36,4%, при 6–10 мм — в 43,5%, а свыше 10 мм — в 58,4%.

Таким образом, **наиболее обоснованной является норма диаметра общего желчного протока до 6 мм**. Однако даже при этих размерах холедоха у части больных нельзя исключить холедохолитиаз и при наличии каких-либо подозрений необходимо проведение дополнительного исследования, в том числе и с применением более информативного по сравнению с ЭРХПГ метода эндоскопической ультрасонографии. В первую очередь должны быть



обследованы пациенты, у которых имеются мелкие (до 5 мм в диаметре) конкременты в желчном пузыре, а также больные с удаленным по поводу холецистолитиаза желчным пузырем.

Прогресс в изучении патогенеза ряда заболеваний, а также внедрение в широкую практику более информативных методов диагностики билиарной патологии потребовал пересмотра и выработки современной тактики ведения таких больных. Многочисленными исследованиями установлено, что **значительная часть заболеваний билиарной системы сопровождается билиарной недостаточностью (БН)**. В большей или меньшей степени БН развивается при всех заболеваниях гепатобилиарной системы, при которых имеются нарушения процессов синтеза, конъюгации, экскреции желчных кислот, их энтерогепатической циркуляции, сопровождающихся различными дисфункциями желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей [9].

Исследованиями показано, что существующий в течение многих лет дефицит желчных кислот при ЖКБ не устраняется после холецистэктомии и БН после удаления желчного пузыря сохраняется длительно (до 10 лет и более). Следует отметить, что БН не протекает изолированно, а вызывает цепь последовательных нарушений физиологических процессов пищеварения, обуславливающих возникновение соответствующей клинической симптоматики как со стороны органов пищеварения, например в виде диспепсического варианта постхолецистэктомического синдрома [10] или симптомов избыточного бактериального роста в тонкой кишке [11], так и других органов и систем, например, сопровождается нарушением минеральной плотности костной ткани при желчнокаменной болезни, при которой БН встречается наиболее часто [12]. Усугубляющим фактором нарушения пищеварения является и билиарный панкреатит — неотъемлемый спутник длительно протекающей ЖКБ. Формирование билиарного панкреатита происходит в большинстве случаев уже на стадии билиарного сладжа. Примерно 75% так называемых криптогенных панкреатитов обусловлены микролитиазом.

В зависимости от дефицита желчных кислот различают три степени билиарной недостаточности. К сожалению, приходится констатировать, что диагностика БН и ее коррекция проводится далеко не всегда и осуществляется не в полном объеме. Развивающаяся при этом клиническая симптоматика чаще расценивается как синдром раздраженного кишечника, а при наличии дисбиотических нарушений в микрофлоре — как дисбактериоз кишечника.

Коррекция БН должна включать следующие основные мероприятия: восстановление метаболических функций гепатоцита (подавление синтеза холестерина и стимуляция синтеза желчных кислот), замещение дефицита желчных кислот и восстановление нормального желчеоттока. С этой целью показано более широкое применение

препаратов желчных кислот — хенодеоксихолевой (ХДХК) или урсодеоксихолевой (УДХК). Более чем столетняя история изучения роли желчных кислот в организме человека позволила выявить обширный спектр их действия [13]. Однако основным и наиболее важным является способность их подавлять синтез эндогенного холестерина, уменьшать литогенные свойства желчи и устранять БН. В связи с известными побочными эффектами ХДХК в настоящее время утратила самостоятельное значение и применяется только в сочетании с препаратами УДХК (урсосан, урсофальк). **В зависимости от степени билиарной недостаточности УДХК назначают в дозе 10–15 мг/кг массы тела.** Длительность терапии определяется динамикой изменения холатохолестеринового коэффициента. Побочные эффекты урсотерапии незначительны, что подтверждено длительным (на протяжении нескольких лет) непрерывным приемом препаратов УДХК. Немаловажным в коррекции БН является холеретический эффект УДХК. Дебит желчи и фракция выброса желчного пузыря на фоне урсотерапии увеличиваются и достигают своего максимума уже ко второй неделе лечения.

Для улучшения оттока желчи и своевременного поступления ее в нужном объеме в кишечник применяют спазмолитические средства. Наибольшее распространение в клинике получили **миотропные спазмолитики**. Однако большинство из них оказывают генерализованное действие, что лежит в основе развития различных побочных эффектов, ограничивающих их применение, а в ряде случаев они могут быть противопоказаны. Так, спазмолитический эффект одновременно может сопровождаться снижением перистальтики желудка, двенадцатиперстной кишки, кишечника, секреции слюны, желудочного и кишечного сока. Ряд препаратов противопоказан при глаукоме, аденоме предстательной железы, органических заболеваниях печени, почек, гипотонии и т. д. В связи с этим заслуживают внимания препараты, оказывающие селективное действие на сфинктер Одди (гимекромон, мебеверин). БН в ряде случаев (желчнокаменная болезнь, холестероз желчного пузыря) сопровождается и внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы, что значительно усугубляет процессы пищеварения. В этих ситуациях показана **заместительная ферментная терапия**. Предпочтение следует отдавать ферментным препаратам, которые выпускаются в виде капсул, содержащих множество кислотоустойчивых микросфер (микротаблеток). Такие микросферы хорошо перемешиваются с пищей в желудке, одновременно с ней поступают в двенадцатиперстную кишку, где распадаются, создавая оптимальные условия для полного пищеварения.

В настоящее время в арсенале врача появились **препараты, которые могут одновременно воздействовать на два и более патогенетических звена**. Например, гепабене, препарат растительного

происхождения, содержит в себе экстракты травы дымянки лекарственной и плодов расторопши пятнистой, оказывает желчегонный эффект, обладает спазмолитическим действием, понижает тонус сфинктера Одди, обладает гепатопротективным эффектом, антиоксидантной активностью, стимулируя синтез белка, способствует регенерации гепатоцитов, нормализуя, таким образом, функцию печени при различных острых и хронических заболеваниях. Препарат эффективен у пациентов с различными дисфункциями желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей, билиарным сладжем в виде взвеси эхопозитивных частиц, постхолецистэктомическом синдроме и других заболеваниях, в том числе сочетающихся с поражением печени (жировая дистрофия печени, хронические гепатиты). Гимекромон — препарат, усиливающий холерез и оказывающий селективный спазмолитический эффект на сфинктер Одди.

Хронический холецистит — одно из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Длительное время возможность подбора адекватной терапии при обострении хронического холецистита была затруднена, так как отсутствовали объективные критерии для обоснованного назначения комплекса лекарственных препаратов, включая антибиотики. **В настоящее время достаточно четко определены эхографические признаки обострения хронического холецистита.** Однако определить с помощью УЗИ причину воспалительных изменений в стенке желчного пузыря практически невозможно. Эхографическая картина, обусловленная инфекцией или связанная, например, с асептическим воспалением в стенке пузыря, однотипна. Выраженность клинических симптомов обострения, изменения в клиническом анализе крови, а также эхографическая картина являются показанием для перорального, внутримышечного или внутривенного назначения антибиотиков. Значительные сложности представляет определение чувствительности к антибиотикам микрофлоры желчи, так как даже бактериологическое исследование пузырной желчи, полученной во время операции, в 30–40% случаев дает отрицательные результаты. Этот факт объясняется тем, что нормальная нативная желчь обладает выраженными бактерицидными свойствами, а эпителий желчного пузыря и желчных протоков — достаточными механизмами иммунной защиты. Инфекция присоединяется лишь на последующих этапах заболевания, когда снижается бактерицидность желчи и истощаются механизмы местной защиты. В этих случаях чаще всего высеваются кишечная палочка, стафилококки и стрептококки. Характер микрофлоры желчи, полученной с помощью дуоденального зондирования, должен быть оценен с известной долей скепсиса. Назначать следует антибиотики широкого спектра действия.

Для антибактериальной терапии следует применять препараты, которые преимущественно

выделяются с желчью и к которым имеется чувствительность микроорганизмов, обусловивших развитие острого или обострение хронического холецистита. Однако необходимо учитывать, что при механической желтухе доступность антибиотиков к очагу воспаления снижается. Для купирования острого холецистита назначают антибиотики внутримышечно или внутривенно. Препаратами выбора являются цефтриаксон или цефоперазон в сочетании с метронидазолом (1,5–2 г/сут). Включая метронидазол в антибактериальные схемы, следует помнить, что к нему имеется высокая популяционная резистентность. В качестве альтернативного режима можно применять гентамицин или тобрамицин + ампициллин + метронидазол; фторхинолоны + метронидазол. При умеренном обострении хронического холецистита достаточно перорального применения антибиотиков или можно обойтись и без них.

УЗИ, как правило, выявляет деформированный и сморщенный желчный пузырь. Одним из основных эхографических признаков хронического бескаменного холецистита является утолщение его стенок (более 3 мм). При выраженном обострении стенка желчного пузыря имеет трехслойный характер. Однако в ряде случаев толщина стенок может быть нормальной или даже уменьшенной (при атрофической форме холецистита). Обычно патологические изменения более выражены в области шейки желчного пузыря и в период обострения заболевания. В этих ситуациях, как правило, бывает достаточным пероральный прием антибиотиков в течение 7 дней. При умеренном обострении, отсутствии изменений со стороны периферической крови, а по данным УЗИ — фактов, свидетельствующих об обострении хронического холецистита, достаточно назначения спазмолитиков, холеретиков и холекинетиков.

Определенные трудности в проведении терапии возникают при сочетании билиарной патологии с другими заболеваниями органов пищеварения, в первую очередь с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной области. **Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки является одним из факторов риска по холелитиазу.** По нашим данным, частота сочетания язвенной болезни двенадцатиперстной кишки как при холецистолитиазе, так и с удаленным желчным пузырем по поводу ЖКБ достигает 17–20%. При недостаточной предоперационной подготовке таких больных велика вероятность угрозы кровотечения в ранний послеоперационный период. Собственный опыт наблюдения за больными ЖКБ в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показывает, что урсотерапия не является противопоказанием при наличии язвенной болезни в анамнезе. Препараты УДХК можно назначать уже через месяц



после рубцевания язвенного дефекта. При этом длительная урсотерапия в стандартной дозе 10 мг/кг массы тела не увеличивает частоту рецидивов язвенной болезни [14].

Широкое распространение заболеваний билиарного тракта и устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости позволяют отнести их к ряду социально значимых. Среди всей билиарной патологии центральное место занимает ЖКБ. В связи с этим возникает необходимость в разработке четкой программы эпидемиологических и лечебно-профилактических мер, направленных на существенное снижение заболеваемости желчнокаменной болезнью. **Диагностика ЖКБ на предкаменной стадии (стадии формирования билиарного сладжа) и целенаправленное лечение уже на сегодняшнем этапе может дать существенные результаты по первичной и вторичной**

профилактике холелитиаза, значительно уменьшить число оперативных вмешательств [15].

Современные технические возможности позволили значительно улучшить диагностику заболеваний билиарного тракта, среди которых особый интерес представляют так называемые гиперпластические холецистозы, характеризующиеся диффузным или очаговым утолщением стенки желчного пузыря и требующие клинической трактовки [16] (холестероз, аденомиоматоз, ксантогранулематоз, неалкогольная жировая болезнь желчного пузыря, гиалинокальциноз и другие) [17–21].

Таким образом, интерес к проблеме билиарной патологии породил целый спектр вопросов, разрешение которых позволит осуществлять своевременную диагностику, адекватное лечение и целенаправленную профилактику с учетом факторов риска развития каждого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильченко А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. — М.: Анахарсис, 2006. — 448 с.
2. Ильченко А. А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей. — М.: МИА, ГЕРУС, 2010. — 160 с.
3. Ильченко А. А. Классификация желчнокаменной болезни // Тер. арх. — 2004. — № 2. — С. 30–36.
4. Ильченко А. А. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: возможна ли эффективная профилактика ЭРХПГ-индуцированного панкреатита? // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2008. — № 3. — С. 62–71.
5. Быстровская Е. В. Эндоскопическая ультрасонография в диагностике холедохолитиаза: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 2003. — 28 с.
6. Ильченко А. А., Шibaева Л. О., Ходарев Н. Н. и др. Значение динамической холесцинтиграфии при желчнокаменной болезни // Рос. гастроэнтерол. журн. — 2000. — № 2. — С. 13–20.
7. Ильченко А. А., Морозов И. А., Хомерики С. Г., Орлова Ю. Н. Холестероз желчного пузыря. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 232 с.
8. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулуто А. М., Прудков М. И. Желчнокаменная болезнь. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 176 с.
9. Максимов В. А., Чернышев А. Л., Тарасов К. М., Неронов В. А. Билиарная недостаточность. — М.: АдамантЪ, 2008. — 232 с.
10. Быстровская Е. В. Постхолецистэктомический синдром: клинические варианты, прогнозирование и профилактика: Автореф. дис.... докт. мед. наук. — М., 2010. — 37 с.
11. Ильченко А. А., Мечетина Т. А. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке: этиология, патогенез, клинические проявления // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 5. — С. 99–108.
12. Коричева Е. С., Ильченко А. А., Селезнева Э. Я., Дроздов В. Н. Нарушение минеральной плотности костной ткани у больных желчнокаменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 4. — С. 14–20.
13. Ильченко А. А. Желчные кислоты в норме и при патологии // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 4. — С. 3–13.
14. Селезнева Э. Я. Желчнокаменная болезнь, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Особенности патогенеза, клинического течения и подходов к лечению: Автореф. дис.... докт. мед. наук. — М., 2010. — 38 с.
15. Делюкина О. В. Характер дисхолии и моторных нарушений желчных путей при билиарном сладже и их медикаментозная коррекция: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 2007, 25 с.
16. Ильченко А. А., Орлова Ю. Н. Диффузное утолщение стенки желчного пузыря. Клиническое значение // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 4. — С. 47–57.
17. Ильченко А. А. Иммуноглобулин-G4 ассоциированные заболевания органов пищеварения — новая проблема в гастроэнтерологии // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 4. — С. 58–70.
18. Ильченко А. А., Быстровская Е. В., Орлова Ю. Н. и др. Лимфоплазмозитарный (IgG4-ассоциированный) холецистит, развившийся на фоне длительно протекающего аденомиоматоза желчного пузыря // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 8. — С. 114–122.
19. Ильченко А. А., Долгашева Г. М. Ожирение как фактор риска неалкогольной жировой болезни желчного пузыря (холецистостеатоза, стеатохолецистита) // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 8. — С. 80–93.
20. Ильченко А. А. Холестероз желчного пузыря. Тактика ведения больного и лечение // Трудный пациент. — 2010. — Т. 8, № 6–7. — С. 45–50.
21. Ильченко А. А., Орлова Ю. Н. Аденомиоматоз желчного пузыря // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 4. — С. 86–92.