

ДОСТИЖЕНИЯ, СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ильченко А. А.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье представлен современный взгляд на проблемы билиарной патологии. На основании собственного опыта и данных литературы освещены вопросы, касающиеся наиболее важных для клиники аспектов диагностики, лечения и профилактики заболеваний билиарного тракта.

Вопросы, касающиеся различных аспектов билиарной патологии, все чаще становятся предметом обсуждения на различных научных форумах и в печати. Этому способствовали значительные успехи, достигнутые в изучении процессов желчеобразования и желчевыведения как в норме, так и при патологии [9, 10], а также разработка и внедрение в широкую практику различных методов диагностики, позволивших выявлять как функциональные, так и органические заболевания билиарного тракта, ранее считавшиеся трудно диагностируемой и редкой патологией [4]. Усовершенствовалась техника оперативных вмешательств, в том числе и с применением робототехники [8].

Однако 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. Определенный прогресс в этом направлении внесла международная классификация функциональных нарушений, принятая в Риме в 1999 году. Согласно этой классификации выделены дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди. По этиологии все заболевания по-прежнему традиционно принято делить на четыре 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 холес-

теринового), нередко имеют и воспалительный компонент. А такие заболевания, как холестериновая желчнокаменная болезнь и холестероз желчного пузыря, сопровождающиеся нарушением обмена холестерина и однонаправленными биохимическими изменениями в желчи, принято относить в различные группы. При этом желчнокаменная болезнь (ЖКБ) считается классическим «обменным» заболеванием, а холестероз желчного пузыря традиционно относят в группу холецистозов, включающую аденомиоматоз, ксантогранулематоз, липоматоз и другие, более редкие заболевания, характеризующиеся очаговыми или диффузными изменениями в стенке желчного пузыря.

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 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.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (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 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 (кровотечения, перфорации, холангит, острый холецистит, нагноение кисты поджелудочной железы и др.). После ЭРХПГ часто отмечается обострение хронического панкреатита, являющегося, как правило, спутником билиарной патологии. Частота ЭРХПГ-индуцированного панкреатита может достигать 30% и более, а эффективные меры его профилактики не разработаны и до настоящего времени [3]. ЭРХПГ, считающаяся до недавнего времени «золотым стандартом» в диагностике холедохолитиаза, оказалась малоинформативной при рентгенонегативных 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, парафатеральные 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 и с выраженным метеоризмом могут быть значительно ограничены. Метод обладает большой погрешностью при выявлении гипертонической дисфункции сфинктера Одди 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 [5]. Этот метод имеет определенные показания. По нашим данным, потребность в его проведении у больных с билиарной патологией не столь велика и, например, при ЖКБ составляет всего 15%. 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% [1].

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 определить функциональное состояние 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 соответствующей возможной медикаментозной коррекции и последующей оценки ее эффективности [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.

Желчный пузырь и желчные пути и до настоящего времени остаются малодоступными для прижизненного морфологического исследования. На протяжении длительного времени 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 под ультразвуковым контролем**.

Инструментальные методы исследования дали возможность 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 почти в 30% поражение стенки желчного пузыря одновременно сочеталось с холецистолитиазом. Высокая разрешающая способность УЗИ с применением доплерографии позволила разработать тактику ведения полипозной формы холестероза желчного пузыря и оценить эффективность консервативной терапии при этой патологии.

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 определялись показания к оперативному лечению. Так, в последней монографии, посвященной ЖКБ и вышедшей из-под пера известных хирургов (С. А. Дадвани и соавт., 2000), частота желчных колик среди других клинических форм ЖКБ составляет 75%. Од-

нако 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 больных (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 стали сведения, публикуемые в различных литературных источниках, 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 отделе 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 позволили усомниться в целесообразности выжидательной тактики при латентном течении ЖКБ**.

Последними исследованиями установлено, что **бессимптомное течение ЖКБ весьма относительное**. Интерес в этом плане представляют данные фальк-симпозиума, состоявшегося в январе 2004 года во Фрайбурге (фальк-симпозиум № 139), где было показано, что бессимптомное течение ЖКБ, скорее, исключение, чем правило. По данным последних зарубежных исследований, примерно только шестая часть больных действительно не имеют жалоб. При тщательном расспросе у значительной части пациентов удается выявить различные жалобы диспепсического характера, существенно снижающие качество их жизни. Одной из причин подобных жалоб является билиарная недостаточность (БН). Коррекция БН с помощью урсоедоксихолевой кислоты позволяет не только устранить

симптомы билиарной диспепсии, но и при наличии желчных колик уменьшить их количество в два раза, а число осложнений ЖКБ — примерно у двух третей пациентов. **К сожалению, приходится констатировать, что диагностика БН и ее коррекция проводится далеко не всегда и осуществляется не в полном объеме.** 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, обычно обозначаемой как синдром нарушенного пищеварения. Усугубляющим фактором является хронический 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. Однако на практике диагностике билиарного сладжа не уделяется должного внимания. Уменьшение дебита желчных кислот при БН приводит к снижению бактерицидных свойств желчи, способствует развитию синдрома избыточного бактериального роста, что дополнительно усугубляет процессы пищеварения и требует соответствующей коррекции этих нарушений.

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 эндоскопической ультрасонографии 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 холедохолитиазом, но и с удаленным по этому поводу желчным пузырем.

Мы располагаем собственным опытом применения ЭУС в диагностике холедохолитиаза 278 больным. Показанием к проведению ЭУС было отсутствие убедительных данных со стороны клиники, лабораторных показателей, а также трансабдоминальной ультрасонографии, которые помогли бы заподозрить холедохолитиаз. Камни в общем желчном протоке были выявлены в 34,8% случаев при наличии холедохолитиаза и в 51,1% — с удаленным желчным пузырем. Од-

ним 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 холедохолитиаза желчным пузырем.

Прогресс в изучении патогенеза ряда заболеваний, а также внедрение в широкую практику более информативных методов диагностики билиарной патологии потребовали пересмотра и выработки современной тактики ведения таких больных. Многочисленными исследованиями установлено, что значительная часть заболеваний билиарной системы сопровождается развитием билиарной недостаточности. В большей или меньшей степени БН развивается при всех заболеваниях гепатобилиарной системы, при которых имеются нарушения процессов синтеза, конъюгации, экскреции желчных кислот, их энтерогапатической циркуляции, сопровождающихся различными дисфункциями желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей. Под БН принято понимать уменьшение количества желчи и желчных кислот, поступающих в кишечник за час после введения раздражителя. В зависимости от дефицита желчных кислот различают три степени БН.

Однако, как было показано выше, на практике диагностика и коррекция БН осуществляется далеко не всегда, что приводит не только к формированию литогенной желчи, но и к развитию синдрома нарушенного пищеварения. 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 назначение препаратов желчных кислот — хенодеоксихолевой (ХДХК) или урсodeоксихолевой (УДХК). Более чем столетняя история изучения роли желчных кислот в организме человека позволила выявить обширный спектр их действия. Однако основными и наиболее важными являются 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 холатахолестеринового коэффициента или индекса насыщения желчи холестерином. Побочные эффекты урсотерапии незначительны, что подтверждено длительным (на протяжении нескольких лет) непрерывным приемом препаратов УДХК.

Немаловажным в коррекции БН является холеретический и холекинетический эффекты УДХК, обусловленные повышением бикарбонатной секреции и сократимости мышечных клеток желчного пузыря, а также снижением количества маркеров окислительного стресса [11]. 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 оказывает 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, оказывающее селективное действие на сфинктер Одди (гимекромон, мебеверин). БН в ряде

случаев (желчнокаменная болезнь, холестероз желчного пузыря) сопровождается 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 полостного 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, стимулирует 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 усиливает холерез и оказывает 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, имеют однотипные изменения. 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 местной иммунной защиты. Инфекция присоединяется лишь на последующих этапах заболевания, когда снижается бактерицидность желчи и истощаются механизмы местной защиты. В этих случаях чаще всего высевается 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 бескаменного холецистита (ХБХ).

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 (1–2 г/сут) или цефоперазон (2–4 г/сут) в сочетании с метронидазолом (1,5–2 г/сут). В качестве альтернативного режима можно применять гентамицин или тобрамицин 3 мг/кг в сут + ампициллин 2–4 г/сут + метронидазол 1,5–2 г/сут; фторхинолоны (ципрофлоксацин 400–800 мг внутривенно) + метронидазол 1,5–2 г/сут. 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 ХБХ является утолщение его стенок (более 3 мм). Утолщение стенок неравномерное, внутренний контур неровный. 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). Содержимое, как правило, неомогенное, с различными включениями в виде сгустков неоднородной желчи, микролитов. Эти включения могут свободно плавать, что легко определяется при перемене положения больного, или фиксированы к стенке желчного пузыря. Обычно патологические изменения более выражены в области шейки желчного пузыря и в период обострения заболевания. Внутрь назначают кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки, или эритромицин 250 мг — 6 раз в сутки, или ампициллин 0,5 г — 4–6

раз в сутки, или метациклин по 0,3 г — 2 раза в сутки, или фуразолидон 0,1 г — 4 раза в сутки в течение 7 дней. При умеренном обострении, отсутствии изменений со стороны периферической крови, а по данным УЗИ — фактов, свидетельствующих об обострении хронического холецистита, достаточно назначение 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 раннем послеоперационном периоде. 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.

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 [7]. 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 (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.** Медико-экономический анализ показывает, что терапия на стадии билиарного сладжа не только более эффективна, но и экономически обоснована [10].

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.



ЛИТЕРАТУРА

1. Быстровская Е. В. Эндоскопическая ультрасонография в диагностике холедохолитиаза: дис. ... канд. мед. наук/Е. В. Быстровская. — М., 2003. — 111 с.
2. Делюкина, О. В. Характер дисхолии и моторных нарушений желчных путей при билиарном сладже и их медикаментозная коррекция: дис. ... канд. мед. наук/О. В. Делюкина. — 2007. — 117 с.
3. Ильченко, А. А. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: возможна ли эффективная профилактика ЭРХПГ-индуцированного панкреатита?/А. А. Ильченко//Эксперим. и клинич. гастроэнтерол. — 2008. — № 3.
4. Ильченко, А. А. Холестероз желчного пузыря. Руководство/А. А. Ильченко, И. А. Морозов, С. Г. Хомерики и др. — М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, 2007. — 227 с.
5. Ильченко, А. А. Эндоскопическая эхография. Возможности и перспективы применения в гастроэнтерологии/А. А. Ильченко, Е. В. Быстровская//Ультразв. и функц. диагностика. — 2002. — № 4. — С. 119–125.
6. Ильченко, А. А. Значение динамической холесцинтиграфии при желчнокаменной болезни/А. А. Ильченко, Л. О. Шибаева, Н. Н. Ходарев и др.//Рос. гастроэнтерол. журн. — 2000. — № 2. — С. 13–20.
7. Ильченко, А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей/А. А. Ильченко. — М.: Анахарсис, 2006. — 448 с.
8. Chang, M. K. The First Korean experience of telemanipulative robot-assisted laparoscopic cholecystectomy using the da Vinci system/M. K. Chang, S. C. Hoon, J. H. Woo et al.//Yonsei Medical Journal. — 2007. — Vol. 48, № 3. — P. 540–545.
9. Wang, H. H. Molecular pathophysiology and physical chemistry of cholesterol gallstones/H. H. Wang, P. Portincasa, D. Q.-H. Wang//Frontiers in Bioscience. — 2008. — Vol. 13. — P. 401–423.
10. Marschall, H.-U. Gallstone disease/H.-U. Marschall, C. Einarsson//J. Int. Med. — 2007. — Vol. 261. — P. 529–542.
11. Guarino, M. P. L. Ursodeoxycholic acid improves muscle contractility and inflammation in symptomatic gallbladders with cholesterol gallstones/M. P. L. Guarino, Ping Cong, M. Cicala et al.//Gut. — 2007. — Vol. 56. — P. 815–820.