

Холестероз желчного пузыря. Тактика ведения больного и лечение

А.А.Ильченко

Центральный научно-исследовательский
институт гастроэнтерологии, Москва

Общие вопросы патологии

Холестероз желчного пузыря – обменное заболевание, характеризующееся отложением холестерина преимущественно в стенку желчного пузыря. Среди гиперпластических холецистозов холестероз желчного пузыря является наиболее частой патологией.

Несмотря на то, что холестероз желчного пузыря (ХЖП) R. Wirhov был описан ещё в 1857 году, длительное время эта патология была мало знакома практикующим врачам и считалась редким и трудно диагностируемым заболеванием.

Интерес к проблеме ХЖП особенно усилился в последнее десятилетие, когда удалось уточнить этиопатогенетические механизмы заболевания и предложить эффективные методы диагностики. Это послужило толчком для разработки тактики ведения таких больных и методов лечения.

Частота обнаружения ХЖП, по данным разных авторов, колеблется в чрезвычайно широких пределах – от 3–5% до 50% и более. Этот факт можно объяснить несколькими причинами. Во-первых, методами диагностики ХЖП (макроскопическая или гистологическая оценка операционного материала или аутопсий, различной информативностью инструментальных методов исследования). Во-вторых, прицельным исследованием, направленным на выявление не только легко диагностируемых форм, но и начальных проявлений заболевания.

Разноречивы сведения и о частоте обнаружения различных форм ХЖП. Это обусловлено тем, что до операции, как правило, диагностируют полипозные формы, которые выявляются легче по сравнению с другими формами. В то время как в общей популяции больных

ХЖП эта форма по сравнению с другими встречается значительно реже.

Источником липидов, накапливаемых стенкой желчного пузыря, являются преимущественно модифицированные липопротеины низкой плотности (ЛПНП), что было доказано в исследованиях *in vitro*. Модификация ЛПНП может происходить под воздействием различных факторов как в плазме крови, так и в эндотелиальных и гладкомышечных клетках. В результате чего происходят изменения в апобелке ЛПНП. Эти изменения приводят к потере сродства к В и Е-рецепторам, но приобретает способность к взаимодействию с рецепторами макрофагов («скевенджер-рецепторами», «борщниками мусора») [1]. Модифицированные мелкие частицы ЛПНП легче включаются в эндоцитоз и быстрее, чем другие ЛПНП, проникают в ткань желчного пузыря, где, наряду с окисленными липопротеинами, интенсивно захватываются макрофагами и участвуют в формировании пенных клеток. По мере того как клетка перегружается холестерином, синтез и функция собственных ЛПНП-рецепторов («скевенджер-рецепторов») макрофагов замедляется.

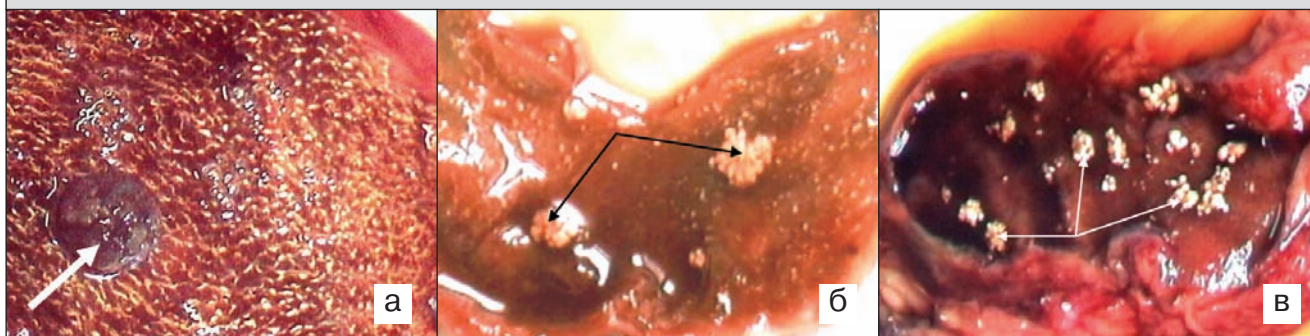
Снижение сократительной функции желчного пузыря (СФЖП) при сохранённой абсорбционной способности стенок является дополнительным механизмом формирования ХЖП. Более того, несмотря на прогрессирование патологического процесса при ХЖП не отмечено заметного снижения абсорбционной способности его слизистой оболочки. Увеличению абсорбционной способности стенки желчного пузыря при ХЖП способствуют уменьшение концентрации желчных кислот и соотношения ЖК/ФЛ, а также увеличение соотношения ХС/ФЛ в желчи, приводящее к преобладанию везикулярной формы транспорта ХС.

Различают сетчатую, полипозную и полипозно-сетчатую формы ХЖП (СФ ХЖП, ПФ ХЖП, ПСФ ХЖП) (рис. 1).

Макроскопические жёлтоватые образования на поверхности слизистой оболочки желчного пузыря при гистологическом исследовании оказываются не чем иным, как вершинами ворсинок, в апикальной части которых находятся скопления пенных клеток (рис. 2), просвечивающих сквозь однослойный эпителий.

Клинические проявления при ХЖП неспецифичны и не позволяют дифференцировать его с другими хроническими заболеваниями желчного пузыря. Имеющаяся симптоматика при ХЖП обусловлена присоединением холецистита, дисфункцией желчных путей или присоединившимся холецистолитиазом. По данным УЗИ, частота сочетания ХЖП с холецистолитиазом составляет 20–70% и зависит от возраста, пола больных и формы ХЖП.

Рис. 1. Формы холестероза желчного пузыря



а) Диффузная сетчатая форма ХЖП с наличием конкремента (стрелка); б) Полипозно-сетчатая форма ХЖП. На фоне диффузного поражения слизистой оболочки видны множественные холестериновые полипы разной величины (стрелки); в) Полипозная форма ХЖП. Множественные холестериновые полипы, имеющие ячеистую структуру (стрелки).

Сообщается о возможности регресса ХЖП с возрастом, а в связи с этим и исчезновение клинической симптоматики [2].

Основным методом диагностики ХЖП является УЗИ. Сетчатая форма ХЖП при УЗИ определяется в виде участков неравномерного утолщения стенки желчного пузыря с эхопозитивными включениями в виде пунктирной линии. Визуализация участков холестероза улучшается в условиях снижения интенсивности ультразвукового сигнала, при полипозиционном и межреберном сканировании, при сокращении желчного пузыря после желчегонного завтрака.

Среди других форм ХЖП, по нашим данным, сетчатый вариант встречается наиболее часто (рис. 3). Аналогичная тенденция сохранялась и при анализе операционного материала 500 холецистэктомий. При морфологическом исследовании наиболее часто выявлялась сетчатая форма холестероза (71,8%), а реже всего – полипозная форма (8,6%) [3].

Полипозная форма ХЖП является наиболее легко диагностируемой и характеризуется наличием одиночного или множественных пристеночных не смещаемых образований, без дистальной акустической тени (рис. 4).

Анализ ультразвуковой картины и данные морфологического исследования операционного материала показали, что из 500 пациентов, которым была выполнена холецистэктомия, по нашим данным, ни в одном случае при очаговом или диффузном поражении стенки желчного пузыря не было обнаружено злокачественного роста. Этот факт трудно переоценить, так как он обосновывает более сдержанный подход к выбору оперативного лечения при ХЖП и сужению показаний к холецистэктомии. Ультразвуковые критерии диагностики ХЖП являются достаточно точными не только для постановки диагноза холестероза, но и проведения дифференциального диагноза с другой, сходной по ультразвуковой картине, патологией желчного пузыря.

Тактика ведения больных с ХЖП

Внедрение в широкую клиническую практику ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью позволило добиться не только существенных успехов в диагностике ХЖП, но, главное, дало возможность выявить особенности клинического течения заболевания. Это потребовало выработки новых подходов к ведению больных ХЖП, в первую очередь, разработки тактики ведения таких пациентов.

Динамическое наблюдение (от 1 года до 10 лет) за пациентами с ХЖП, в том числе и с полипозной формой заболевания, дало серьёзное обоснование для выбора **выжидательной тактики ведения**, которую в настоящее время следует признать главенствующей.

Данные литературы и собственный опыт длительного динамического наблюдения за больными с различными формами ХЖП позволил разработать и рекомендовать следующую тактику ведения таких пациентов (рис. 5).

Основными положениями выжидательной тактики являются: динамическое ультразвуковое наблюдение с оценкой макроскопических изменений в стенке желчного пузыря и характера внутрипузырного содержимого и на этой основе определение показаний к консервативному или оперативному лечению.

Больные с сетчатой формой ХЖП подлежат динамическому ультразвуковому наблюдению 1–2 раза в год с контролем уровня общего холестерина и ЛПНП в крови. При необходимости проводится симптоматическая терапия и коррекция липидного обмена. Больные с полипозной и полипозно-сетчатой формами ХЖП также подлежат динамическому ультразвуковому контролю через каждые 6 мес. Таким больным может быть проведена консервативная терапия с применением препаратов желчных кислот, спазмолитиков и других лекарственных средств, направленных на купирование клинических симптомов заболевания, коррекцию липидных нарушений. Терапия проводится под контролем уровней АСТ, АЛТ, общего холестерина, ЛПВП и ЛПНП в крови.

При наличии отрицательной динамики (увеличение числа полипов и их размеров) должен решаться вопрос об оперативном лечении. Ультразвуковая картина, не позволяющая исключить неопластический процесс или отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии на протяжении 6–12 мес, также являются показаниями к проведению холецистэктомии.

Лечение

Длительное время единственным методом лечения при ХЖП была холецистэктомия. Это обстоятельство объяснялось тем, что основным методом диагностики заболевания было рентгенологическое исследование, не отличающееся достаточно высокой информативностью и, в лучшем случае, позволявшее выявлять полипозные формы ХЖП. Сложности интерпретации таких полиповидных образований с помощью рентгеноконтрастного исследования желчного пузыря не всегда позволяли трактовать выявленные патологические изменения как доброкачественные, в связи с этим мнение врача практически всегда склонялось в сторону оперативного вмешательства.

Результаты длительного динамического наблюдения за больными ХЖП, успехи в изучении процессов желчеобразования и желчевыведения, в том числе и в условиях патологии, а также уточнение патогенеза ХЖП, позволили обосновать возможность применения патогенетической терапии при холестерозе желчного пузыря. Первые результаты по изучению эффективности

Информация о препарате	ГЕПАБЕНЕ (Германия, ratiopharm) Экстракт дымянки 275 мг, сухой экстракт расторопши 70–100 мг Желатиновые капсулы
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ Желчегонное, спазмолитическое, гепатопротективное.	СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ Внутрь, не разжевывая, заливая небольшим количеством воды. Взрослым по одной капсуле 3 раза в сутки, при ночном болевом синдроме – дополнительно одну капсулу перед сном. При необходимости суточную дозу увеличивают до максимальной – 6 капсул (в 3–4 приёма).
ФАРМАКОДИНАМИКА Нормализует количество секретируемой желчи, нормализует тонус желчевыводящих путей и желчного пузыря, нормализует тонус сфинктера Одди; связывает свободные радикалы в ткани печени, обладает антиоксидантной, мембраностабилизирующей активностью, стимулирует синтез белка, способствует регенерации гепатоцитов.	МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ Во время лечения следует соблюдать диету, воздерживаться от употребления алкоголя.
ПОКАЗАНИЯ В составе комплексной терапии дискинезий желчевыводящих путей, в том числе после холецистэктомии; хронических гепатитов, хронических токсических поражений печени.	Разделы: Противопоказания, Побочные действия – см. в инструкции по применению препарата.

консервативной терапии при ХЖП вполне обнадеживают, однако их в настоящее время ещё нельзя признать достаточно успешными.

Консервативная терапия при ХЖП должна начинаться с диетических рекомендаций, советов по перестройке навыков и культуры питания, выработке адекватных пищевых поведенческих реакций, с контроля массы тела, отказа от вредных привычек.

Значение питания, как фактора риска холелитиаза, достаточно хорошо изучено при желчнокаменной болезни. При холестерозе желчного пузыря подобных исследований нет. Однако, учитывая однонаправленность нарушений липидного обмена при этих заболеваниях, можно предполагать, что диетические рекомендации, разработанные для больных желчнокаменной болезнью, будут полезны и могут быть использованы и при холестерозе желчного пузыря.

Диетические рекомендации. Больным ХЖП рекомендуется дробное питание с суточным содержанием белков 15–20%, жиров – 30%, углеводов – 50–55%.

Разрешаются блюда из нежирных сортов мяса – курицы (отварное, без кожи), цыплят, телятины, мяса кролика; нежирные сорта колбасы (диетическая, докторская и др.), говяжьи сосиски и сардельки; нежирная морская и речная рыба – камбала, треска, судак, щука и др.

Из молочных продуктов: молоко, кефир с низким содержанием жира, нежирный сыр и творог, простокваша.

Рекомендуются все свежие и замороженные овощи и фрукты, зелёный горошек, кукуруза, фасоль, сушеные яблоки, курага, чернослив.

Хлеб из муки грубого помола или с добавлением отрубей, каши из овса, риса, гречки, геркулеса.

Из напитков: некрепкий чай, кофе, минеральная вода, фруктовые соки.

Рекомендуется ограничение сладостей, кондитерских изделий, мороженого.

Запрещаются блюда из жирного и жареного мяса, свиное сало, сливочное масло, блюда из утки, гуся, паштеты, цельное и сгущенное молоко, сметана, жирные сорта сыра и колбасы, желток яиц, а также крепкий кофе.

Лицам с избыточной массой тела рекомендуется гипокалорийная диета, а для повышения энерготрат – увеличение физических нагрузок.

Особое значение диетические рекомендации имеют у пожилых, 75% которых имеют те или иные нарушения в питании, из них около 20% переедают, а 55% питаются нерационально [4].

Показания и противопоказания к консервативному лечению. Чётко разработанных показаний для консервативного лечения при ХЖП нет. Это обусловлено, на наш взгляд, двумя причинами. С одной стороны, трудностью оценки с помощью УЗИ эффективности лечения при различных вариантах поражения стенки желчного пузыря, например, при сетчатой форме ХЖП. С другой стороны, не накоплено достаточного клинического опыта, свидетельствующего об эффективности консервативной терапии как при разных формах ХЖП, так и с использованием различных схем лечения.

В настоящее время следует признать, что основным показанием для применения консервативного лечения являются полипозные и полипозно-сетчатые формы ХЖП. Нет чёткой определённости в отношении отбора больных на консервативное лечение в зависимости от количества и размеров холестериновых полипов. По мнению одних авторов, количество холестериновых полипов не должно превышать 5, так как при этом условии имеется возможность более чётко контролировать динамику патологического процесса при УЗИ. Другие полагают, что количество полипов не имеет значения, так как эффективность и длительность консервативного лечения зависит только от размеров полипов.

По нашему мнению, количество полипов для определения показаний к консервативному лечению не имеет принципиального значения. Во-первых, поражение стенки желчного пузыря при холестерозе – процесс динамический. Наряду с появлением новых полипов, может наступать и самопроизвольная их ампутация. В связи с этим исчезновение части полипов может быть расценено как положительный эффект от лечения. Во-вторых, при множественных полипах не всегда удаётся с большой точностью подсчитать все полипы. И все же следует с большой осторожностью определять показания к консервативному лечению при множественных полипах и распространённом процессе, охватывающем все стенки желчного пузыря. Это обусловлено не только сложностью оценки динамики патологического процесса на фоне лечения, но и большей возможностью сочетания с другими очаговыми поражениями стенки желчного пузыря, в том числе и с аденоматозными полипами, требующими оперативного лечения.

Важным критерием для определения показаний к консервативному лечению являются размеры холестериновых полипов. В настоящее время сформировалась точка зрения, что консервативному лечению могут быть подвергнуты больные, у которых размеры полипов не превышают 1 см. Это обосновывается тем, что более крупные полипы чаще имеют аденоматозную структуру и в связи с этим чаще малигнизуются.

До настоящего времени предметом дискуссии является целесообразность консервативного лечения при ХЖП, осложнённом холецистолитиазом. Учитывая такое течение заболевания, большинство исследователей при наличии камней в желчном пузыре считают целесообразным выполнение холецистэктомии. Однако собственные наблюдения за больными ХЖП с холецистолитиазом и анализ результатов консервативного лечения таких пациентов позволяет сделать заключение, что наличие конкрементов в желчном пузыре, не зависимо от формы холестероза, не является противопоказанием к проведению консервативного лечения.

При отборе больных на консервативное лечение следует учитывать и состояние сократительной функции желчного пузыря. Критерии отбора те же, что и при желчнокаменной болезни: коэффициент опорожнения желчного пузыря после желчегонного завтрака не должен быть менее 30%.

Таким образом, исходя из изложенного выше, можно сформулировать **и противопоказания к проведению консервативного лечения при ХЖП:**

- полипозная форма холестероза с множественными полипами и распространённым процессом, охватывающим все стенки желчного пузыря, особенно у лиц старше 60 лет;
- наличие полипов диаметром более 1 см;
- невозможность проведения дифференциального диагноза с целью исключения злокачественного поражения желчного пузыря;
- сниженная сократительная функция желчного пузыря (коэффициент опорожнения менее 30%).

Цель консервативного лечения при холестерозе желчного пузыря:

- купирование клинической симптоматики;
- регресс или остановка прогрессирования патологического процесса в стенке желчного пузыря, ликвидация дисхолии;
- ликвидация вторичных дисфункций желчного пузыря и желчных путей;
- коррекция липидных нарушений;
- лечение сопутствующих заболеваний желчного пузыря (холецистит), поджелудочной железы (панкреатит) и тонкой кишки, особенно с локализацией патологического процесса в терминальном отделе.

Для купирования диспепсических расстройств необходимо применять препараты, нормализующие моторно-эвакуаторную функцию верхнего отдела пищеварительного тракта и желчных путей. Ведущую роль в терапии диспепсических расстройств занимают прокинетики (метоклопрамид, домперидон, цизаприд, мебеверин и др.). Препараты этой группы улучшают двигательную функцию, главным образом, проксимальных отделов ЖКТ. Длительное применение метоклопрамида (церукала) при ХЖП невозможно вследствие развития побочных эффектов. Большее предпочтение имеет домперидон (мотилиум), который почти лишен побочных эффектов, свойственных метоклопрамиду. Препарат оказывает более выраженный по сравнению с метоклопрамидом противорвотный эффект, поэтому особенно эффективен в купировании тошноты. При вздутии живота – метеоспазмил по 1 капсуле 3–4 раза в сутки.

Причиной формирования болей при ХЖП являются вторичные дисфункции желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей. **Для купирования желчных колик и абдоминальной боли** используют различные релаксанты гладкой мускулатуры – миотропные спазмолитики. Широкое распространение получили антихолинергические средства (атропин, платифиллин, метацин, препараты красавки, спазмолитин и др.), которые блокируют мускариновые рецепторы клеточной мембраны, в результате чего снижается внутриклеточная концентрация кальция, что в конечном итоге приводит к расслаблению миоцита. Антихолинергические препараты противопоказаны при наличии сопутствующих заболеваний: глаукоме, аденоме предстательной железы, а также при беременности.

Для купирования желчных колик и абдоминальной боли при ХЖП применяют и другие спазмолитические средства (дротаверин – по 1–3 таблетки внутрь или 2–4 мл в/м; папаверин внутрь по 0,04–0,06 г 3–5 раз в сутки или в/м – по 1–2 мл 2% раствора 2–4 раза в сутки; бенциклан внутрь по 100–200 мг 1–2 раза в сутки на протяжении 3–4 недель, затем поддерживающие дозы – по 100 мг 2 раза в сутки). Следует иметь в виду, что эти препараты оказывают генерализованный эффект на всю гладкую мускулатуру, в том числе кровеносных сосудов и мочевыводя-

щих путей, что может ограничивать их применение при ХЖП. Спазмолитический эффект этих препаратов достаточно слабый и непродолжительный, что требует в ряде случаев увеличения дозы и повторного их приёма.

Накопленные сведения о механизмах действия препаратов желчных кислот при холецистолитиазе позволили предположить их эффективность и при ХЖП.

Препараты желчных кислот при холестерозе желчного пузыря применяют в тех же дозах, что и для растворения холестериновых желчных камней: ХДХК в суточной дозе 15 мг/кг массы тела, УДХК – 10 мг/кг массы тела.

Результаты собственного наблюдения за 74 больными с полипозной и полипозно-сетчатой формами ХЖП [5] показали, что эффективность урсотерапии зависит от количества и размеров полипов, сроков лечения, а также характера макроскопических изменений в пузырной желчи.

У больных с одиночными ХП частота полного растворения полипов статистически достоверно выше по сравнению с пациентами, имеющими множественные ХП. При наличии однородной желчи в желчном пузыре эффективность урсотерапии в сроки лечения до 1 года была наиболее высокой и составила 95,8% (полное растворение всех ХП установлено в 12,5%, части ХП – в 41,7%, уменьшение – в 41,7%; не получено эффекта – лишь в 4,2% случаев). В то время как при наличии неоднородной желчи и взвеси микролитов она составила 80%, створок или густой неоднородной желчи – 54,2%, замазкообразной желчи – была минимальной и не превышала 37,5%. Частота растворения ХП возрастает при увеличении сроков лечения и достигает максимальной величины после 10–12 мес лечения [6].

Последними исследованиями показано, что при ХЖП в гепатоците выявляются морфологические изменения, свидетельствующие о нарушении липидного обмена. При этом они могут быть минимальными в виде умеренно выраженной жировой инфильтрации или выраженными, вплоть до развития стеатогепатита, что требует соответствующей медикаментозной коррекции.

В этом плане заслуживает внимания комбинированный препарат растительного происхождения Гепабене (содержит 275 мг экстракта дымянки и 70–100 мг экстракта расторопши пятнистой).

Рис. 2. Холестероз желчного пузыря. Скопление пенистых клеток в апикальной части ворсинок слизистой оболочки желчного пузыря. Окраска – Ван-Гизон, × 800.

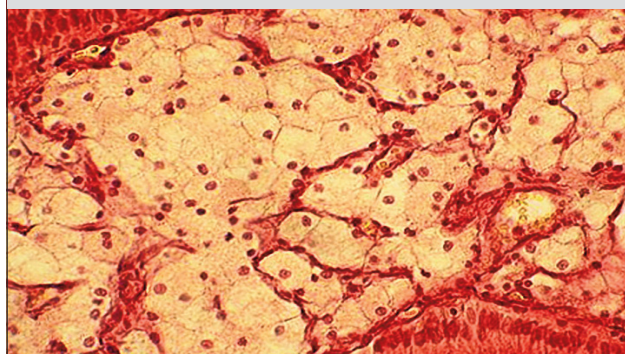


Рис. 3. Частота выявления различных форм холестероза желчного пузыря, по данным УЗИ (n=1611).

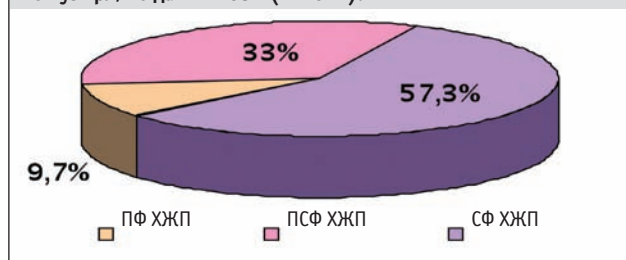
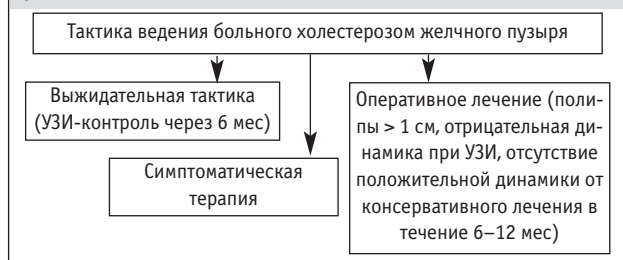


Рис. 4. Полипозная форма холестероза желчного пузыря.



Рис. 5. Тактика ведения больного холестерозом желчного пузыря.



Ранее проведённые исследования показали, что Гепабене оказывает холеретический эффект, улучшает сократительную функцию желчного пузыря. Учитывая гепатопротективный эффект и возможность влиять на дисхолию, препарат может применяться при ХЖП, для которого характерна секреция литогенной желчи с формированием билиарного сладжа, а также в ситуациях, когда эти нарушения сочетаются с патологическими изменениями в печени, обусловленными нарушением липидного обмена (жировая дистрофия печени, стеатогепатит).

Мы располагаем опытом лечения Гепабене 32 больных с различными формами ХЖП [7]. Больные получали Гепабене по 1 капсуле 3 раза в день в течение двух недель. Анализ клинической симптоматики показал, что через 2 недели лечения у большинства больных купировались боли и исчезали диспепсические расстройства. При УЗИ у 76,5% больных отмечено увеличение объёма желчного пузыря (в среднем на 7 мл), что свидетельствовало об увеличении холереза. У половины больных отмечено увеличение коэффициента опорожнения желчного пузыря (минимально на 3%, максимально на 50%). У всех пациентов, по данным УЗИ, исчезли признаки неоднородной желчи, а у части пациентов и билиарный сладж. В качестве самостоятельной терапии препарат показан больным с сетчатой формой ХЖП и билиарным сладжем в виде взвеси гиперэхогенных частиц (микролитов). Опыт показывает, что терапия Гепабене в сроки от 1 до 3 мес позволяет полностью элиминировать билиарный сладж.

Желчегонные препараты растительного происхождения оказывают определённое стабилизирующее действие на коллоидные свойства желчи, нормализуют моторно-тонические нарушения билиарного тракта, улучшают клиническое течение заболевания, однако влияние их на регресс холестериновых полипов требует дальнейшего изучения. В настоящее время эти препараты при ХЖП могут быть применены в качестве дополни-

тельных средств симптоматической терапии или в виде поддерживающего курса лечения после растворения холестериновых полипов препаратами желчных кислот.

По данным Л.А. Звенигородской с соавт., у больных с ИБС и гиперхолестеринемией в 63,7% выявляется ХЖП. Лечение симvastатином в суточной дозе 20 мг в течение 4 недель улучшало течение ИБС, уменьшало проявления гиперхолестеринемии, однако не влияло на течение ХЖП [8].

Урсотерапия при сочетании ХЖП с холестериновым холецистолитиазом оказывает более выраженный эффект в отношении холестериновых камней (ХП) по сравнению с холестериновыми полипами. Так, средние темпы регресса ХП, протекающих самостоятельно за 1–3 мес лечения составили 1,6 мм, 4–6 мес – 2,0 мм, 7–9 мес – 2,4 мм, 10–12 мес – 2,8 мм. В то время как при сочетании ХЖП с холецистолитиазом они оказались ниже и составили в эти же сроки соответственно 1,2 мм, 1,8 мм, 2,2 мм и 2,4 мм. В то же время темпы регресса конкрементов в этой группе оказались выше темпов регресса ХП в обеих группах и составили соответственно 2,8 мм, 3,2 мм, 4,6 мм, 6,5 мм.

Отдалённые результаты консервативной терапии при ХЖП изучены мало. По отдельным сообщениям частота рецидивов холестериновых полипов составляет примерно 10% в год и мало отличается от аналогичных показателей после успешной литолитической терапии при желчнокаменной болезни. Однако, как показывает собственный опыт, проводимые в таких случаях повторные курсы терапии препаратами желчных кислот позволяют добиться положительного эффекта в значительно более короткие сроки по сравнению с предыдущим лечением.

Оперативное лечение. Следует признать, что единого мнения в отношении показаний к оперативному лечению при холестерозе желчного пузыря нет. Сторон-

Гепабене

РАСТИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей

Комбинированный гепатопротектор с желчегонным и спазмолитическим действием



Расторопша
пятилистная
/Силимарин/



Дымянка
лекарственная
/Фумаровые
алкалоиды /

Гепатопротективное действие^{1,2}

- Способствует восстановлению клеток печени
- Оказывает антиоксидантное действие
- Нейтрализует токсины и свободные радикалы
- Защищает печень от повреждений

Желчегонное и спазмолитическое действие^{1,2}

- Регулирует продукцию желчи и процессы желчевыделения
- Предотвращает застой желчи
- Облегчает поступление желчи в кишечник
- Снимает спазм желчного пузыря и желчных протоков

ДОКАЗАННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- хронические гепатиты³
- жировой гепатоз^{4,5}
- хронические токсические поражения печени (алкогольные, лекарственные и др.)⁶
- дискинезия желчевыводящих путей⁷
- хронический холецистит и билиарный сладж⁸
- состояние после холецистэктомии⁹

- ▶ Снижение показателей клинико-биохимической активности³
- ▶ Быстрое купирование симптомов⁴
- ▶ Уменьшение болевого и диспепсического синдромов⁹
- ▶ Улучшение сократительной функции желчного пузыря^{4,7,10}

Препарат отпускается по рецепту



- Комплексное лечение печени и желчных путей
- Натуральные компоненты
- Два действующих вещества, взаимно усиливающих друг друга

Имеются противопоказания, необходимо проконсультироваться со специалистом

(1) Полунина Т.Е. Неалкогольная жировая болезнь печени // Справочник поликлинического врача 2009, 2; (2) Ерофеева С.Б. Взгляд клинического фармаколога на ведение пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы // Фарматека, 2009, 6; (3) Виницкая Е.В. Применение гепабене в лечении хронических гепатитов // Фарматека, 2009, 19/20; (4) Григорьев Л.Я. Жировой гепатоз: диагностика, лечение, профилактика // РМЖ. Болезни органов пищеварения, 2002, 4:1; (5) Арутюнов А.Г., Бурков С.Г., Аронина О.В., Атабекова Л.А., Годунова С.А., Леонова В.И. Гепабене в лечении стеатоза печени у пациентов, страдающих инсулинзависимым сахарным диабетом // Consilium Medicum. Гастроэнтерология, 2005, 1; (6) Маме И.В., Дичева Д.Т. Направления терапии патологии гепатобилиарной системы у больных с метаболическим синдромом // Справочник поликлинического врача, 2008, 13; (7) Ильченко А.А. Дисфункции билиарного тракта и их медикаментозная коррекция // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии, 2002, 5; (8) Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Применение Гепабене у больных хроническим холециститом // Материалы 3 Российского научного форума «Санкт-Петербург. Гастро 2001». Гастроэнтерология, 2001; (9) Агафонова Н.А. Состояние после холецистэктомии. Патогенез, клиника и лечение. // Симпозиум «Механизмы регуляции желчеобразования и методы его коррекции», 2002; (10) Ильченко Л.В. Гепабене в лечении патологии гепатобилиарной системы у пожилых // РМЖ. Приложение. Болезни органов пищеварения, 2003, № 1

ratiopharm

Немецкое качество. Доступная цена.

ники холецистэктомии свою позицию обосновывают тем, что точная диагностика заболевания до операции затруднена [9], консервативная терапия не всегда достигает желаемых результатов, требует длительного лечения и значительных экономических затрат, в ряде случаев может сопровождаться побочными эффектами [10, 11]. Противники холецистэктомии свое мнение обосновывают тем, что удаление желчного пузыря решает лишь часть проблем, связанных непосредственно с патологией желчного пузыря, в то время как после операции сохраняются дислипидемия, дисхолия и клинические проявления, обусловленные патологическим процессом поражения билиарного тракта, в первую очередь сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка.

Анализируя различные подходы к лечению больных ХЖП можно заключить, что в последние годы наметилась четкая тенденция к сужению показаний к холецистэктомии. Этому в определенной мере способствовали новые сведения о патогенезе заболевания, усовершенствование методов диагностики, позволившие контролировать течение патологического процесса в динамике, а также накопленный клинический опыт по ведению и консервативному лечению больных ХЖП.

Показания к оперативному лечению. На основании собственного опыта и данных литературы считаем возможным предложить следующие **показания к оперативному лечению при ХЖП:**

1. Сложность проведения дифференциальной диагностики между ХЖП и неопластическим процессом.
2. Отрицательная динамика, по данным УЗИ, в течение 6 мес (увеличение количества и размеров полиповидных образований, изменение их формы и структуры).
3. Приступы желчных колик, в том числе и на фоне урсотерапии.
4. Холецистолитиаз – множественные конкременты, суммарный объем которых превышает 1/4 объема желчного пузыря или одиночные камни более 1 см в диаметре (независимо от наличия или отсутствия клинических симптомов).
5. Снижение сократительной функции желчного пузыря с коэффициентом опорожнения желчного пузыря менее 30% (независимо от формы ХЖП).
6. Отсутствие эффективности от консервативной терапии в течение 6–12 мес.
7. Сопутствующий хронический холецистит и панкреатит.

Клинические наблюдения за больными после холецистэктомии показывают, что у части пациентов после

операции уменьшаются или исчезают диспепсические расстройства и боли, в том числе и у больных без холецистолитиаза. Улучшение клинической симптоматики наблюдается в 50–95% случаев и зависит от фракции выброса желчного пузыря и состояния сфинктерного аппарата желчных путей до операции [12–14].

В отдельных случаях у пациентов с бескаменным ХЖП холецистэктомия приводит к улучшению клинической симптоматики, особенно при частых обострениях панкреатита [15].

Литература

1. Zhang N., Yang Y., Steinbrecher U.P. Structural requirements for the binding of modified proteins to the scavenger receptor of a macrophages // J. Biol. Chem. 1993; 268: 5535–42.
2. Huegel A., Helpap B. Morphologische und klinische Aspekte der Cholezystosen // Chir. Praxis. 1988; 39 (1): 39–48.
3. Ильченко А.А., Морозов И.А., Хомерики С.Г., Орлова Ю.Н. Холецистит желчного пузыря: Руководство. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007; 232.
4. Поворинская О.А., Карпенко О.М. Основные принципы питания больных пожилого возраста // Справочник практического врача. 2010; 3: 25–30.
5. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Эффективность урсодезоксихолевой кислоты при холестерозе желчного пузыря // Тер. арх. 2003; 2: 35–38.
6. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Опыт применения урсодезоксихолевой кислоты при холестерозе желчного пузыря // Гепатология. 2004; 3: 22–27.
7. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н., Быстровская Е.В. Клиническая эффективность Гепабене при билиарной патологии. IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» 8–12 апреля 2002, М.: Тезисы докладов. 181.
8. Звенигородская Л.А., Овсянникова О.Н., Фирсакова В.Ю. Лечение больных с гиперхолестеринемией и холестерозом желчного пузыря гиполипидемическими препаратами. Материалы 6-го Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург Гастро-2004». Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2004; 2–3. М50.
9. Damore L.J., Cook C.H., Fernandez K.L. et al. Ultrasonography incorrectly diagnoses gallbladder polyps // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2001 Apr; 11 (2): 88–91.
10. Khairy G.A., Guraya S.Y., Murshid K.R. Cholesterolosis. Incidence, correlation with serum cholesterol level and the role of laparoscopic cholecystectomy // Saudi Med J. 2004 Sep; 25 (9): 1226–8.
11. Jones-Monahan K.S., Gruenberg J.C., Finger J.E. et al. Isolated small gallbladder polyps: an indication for cholecystectomy in symptomatic patients // Am. Surg. 2000 Aug; 66 (8): 716–9.
12. Salmenkivi K. Cholesterolosis of the gallbladder // Acta chirurgica scand. 1964; 324: 1–93.
13. Kniot W.A., Perry E.P., Donovan I.A. et al. Cholesterolosis in patients with chronic acalculous biliary pain // Br. J. Surg. 1994 Jan; 81 (1): 112–5.
14. Jones D.B., Soper N.J., Brewer J.D. et al. Chronic acalculous cholecystitis: laparoscopic treatment // Surg. Laparosc. Endosc. 1996 Apr; 6 (2): 114–22.
15. Parrilla Paricio P., Garcia Olmo D., Pellicer Franco E. et al. Gallbladder cholesterolosis: an aetiological factor in acute pancreatitis of uncertain origin // Br. J. Surg. 1990 Jul; 77 (7): 735–6.