

О.Н.МИНУШКИН, д.м.н., профессор, УНМЦ УД Президента РФ, Москва

# Холестероз желчного пузыря: возможности консервативного лечения

**В 1857 г. Р.Вирхов впервые описал холестероз желчного пузыря (ХЖП). Для данного заболевания характерно накопление в собственной пластинке слизистой желчного пузыря липидов, особенно эфиров холестерина.**

*Ключевые слова: желчный пузырь, желчь, холестерин, холестероз, камни, урсодеооксихолевая кислота, урсосан*

**В** настоящее время, несмотря на существующее терминологическое разнообразие, в отечественной литературе принят термин «холестероз желчного пузыря». До недавнего времени, когда диагностика ХЖП была затруднена, о распространенности данного заболевания судили либо по данным хирургов, так, частота ХЖП по операционным находкам составляет от 2,4 до 39%, либо по статистике патологоанатомов, например, по данным Байкова и соавт. (1985) — от 2,1 до 46%. Иванченкова Р.А. (2006) приводит частоту ХЖП по результатам ультразвукового исследования 1783 гастроэнтерологических больных, что составляет 8,1%. Эти данные совпадают с данными других исследователей, в том числе нашими. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что ХЖП развивается во всех возрастных группах, одинаково часто встречается у мужчин и женщин, хотя если судить по хирургическим выборкам — чаще у женщин. Это может быть связано с тем, что женщинам чаще проводят операции на желчных путях, а ХЖП нередко сочетается с желчнокаменной болезнью. Некоторые специалисты считают, что это может быть обусловлено единым патогенезом. Мы считаем, что холестериновые камни начинают формироваться тогда, когда снижается сократительная способность желчного пузыря, т.е. патогенез камней обычен для форм болезни, формирующихся на фоне гипотонии желчного пузыря.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ХЖП

Наиболее удобной и широко применяемой в отечественной медицине является классифика-

ция, предложенная Н.К.Пермяковым и А.Е.Подольским (1968), согласно которой предлагается выделять следующие формы ХЖП:

- очагово-сетчатую;
- диффузно-сетчатую;
- смешанную сетчато-полипозную;
- полипозную.

Данная классификация проста и удобна в практическом отношении, так как позволяет условно определить стадию болезни, провести необходимые диагностические исследования и выбрать способ лечения.

Рассматривая патогенез холестероза желчного пузыря, следует признать, что причины отложения эфиров холестерина в его стенку не совсем ясны. В настоящее время существует несколько мнений по этому вопросу. Многие исследователи считают, что это один из вариантов желчнокаменной болезни. Среди других мнений наиболее обсуждаемыми являются следующие.

ХЖП считается многофакторным заболеванием, развитию которого способствуют:

- гиперхолестеринемия (в крови, желчи) с нарушением взаимоотношения холестерин/фосфолипиды;
- местное нарушение обмена холестерина с накоплением его в клетках стенки желчного пузыря, в том числе и формированием полипов;
- снижение сократительной способности желчного пузыря с изменением литогенных свойств желчи.

ХЖП может формироваться и без гиперхолестеринемии, но с нарушением соотношений аполипопротеинов В и А (генетически детерминированный или приобретенный вариант). Этот же фактор определяет возраст развития патологии.

Также рассматривается инфекционный вариант развития болезни, так как в местах отложения холестерина всегда присутствуют макрофаги и «свободные» радикалы.

В настоящее время можно уверенно сказать только одно: желчнокаменная болезнь и холестероз желчного пузыря — это два самостоятельных заболевания, несмотря на то что на определенной стадии ХЖП могут образовываться камни в полости желчного пузыря, когда его сократительная способность резко снижается. Однако тот факт, что лечение желчнокаменной болезни и холестероза желчного пузыря препаратами желчных кислот эффективно, заставляет постоянно возвращаться к рассмотрению вопроса о единых патогенетических механизмах развития заболеваний. Это еще один важный аргумент в пользу близости этих заболеваний, а критерием истины всегда была и остается практика.

Мы располагаем опытом лечения холестероза желчного пузыря у 60 больных (30 с сетчато-полипозной формой, 20 — диффузно-сетчатой формой и 10 — полипозной формой). Средний возраст больных составил  $43,6 \pm 8,4$  года (от 19 до 72 лет); мужчин было 38, женщин — 22 (соотношение 1,7:1,0). По нашим данным, у мужчин болезнь развивается в более молодом возрасте. Клинически ХЖП проявляется тупыми ноющими болями в правом подреберье. Сопоставление клиники с результатами изучения сократительной способности желчного пузыря показало, что боли появляются по мере снижения сократительной функции желчного пузыря.

Тщательное изучение анамнеза свидетельствует о том, что никаких эквивалентов неблагоприятия билиарной системы при сохранении функциональной активности желчного пузыря больные не фиксировали. Это еще раз заставляет обсудить вопрос — стоит ли выделять «бессимптомный» вариант течения ХЖП? Вторым морфологическим функциональным компонентом, формирующим клинические проявления, является сфинктер Одди, который функционально стремится к закрытию (спазму) тогда, когда снижается сократительная способность желчного пузыря (тогда могут появиться признаки «билиарной гипертензии»). Это документируется тогда, когда начинают оценивать состояние внепеченочных желчных протоков.

Основным методом диагностики в настоящем исследовании было УЗИ (с изучением сократительной способности желчного пузыря; мы использовали пробу с сорбитом). Основными диагностическими признаками ХЖП были утолщение (локальное) стенки, уплотнение и наличие как одиночных, так и множественных полипов. Дифференциальная диагностика одиночных аденоматозных и холестериновых полипов не сложна. Мы использовали прием, сущность которого заключается в следующем: после того как найдем желчный пузырь и зафиксируем очаговое изменение стенки либо полип (в обычном режиме ра-



**УРСОСАН**  
урсодезоксихолевая кислота

*Первая звезда гепатологии*

**УРСОСАН это:**

- ★ Препарат выбора для патогенетической терапии широкого спектра заболеваний печени и желчевыводящих путей с воздействием на максимальное число звеньев патогенеза.
- ★ Эффективный и безопасный препарат с европейским качеством, представленный в РФ компанией производителем и отвечающий стандартам качества ЕС.
- ★ Включен в перечень льготных лекарственных средств Федеральной программы ОНЛС/ДЛО с 2004 года.
- ★ Препарат с многолетним опытом применения, имеющий большую доказательную базу зарубежных и отечественных исследований.

[www.ursosan.ru](http://www.ursosan.ru)

PRO.MED.CS Praha a.s. Представительство в Москве:  
Тел./факс: (495) 679-07-03, 679-06-05;  
E-mail: promedcs@promedcs.ru

боты аппарата — мощность 42 дБ), мы начинали постепенно уменьшать мощность сигнала и довели ее до 8—10 дБ. Если при этом очаговые (или полипы) изменения стенки сохраняются, то имеется холестероз стенки или холестериновый полип, если исчезают, то стенка воспалительно изменена, а полип аденоматозный (Соколов Л.К., Минушкин О.Н. и др., 1987).

Больные получали лечение препаратами урсодеоксихолевой кислоты — урсосан в суточной дозе 15 мг/кг/сут, срок лечения от 6 месяцев до 1,2 года в лечебных дозах; поддерживающие дозы — 7,5 мг/кг/сут (О.Н.Минушкин, 2009). Варианты поддерживающей терапии: перманентный, прерывистый.

Результаты лечения: общая эффективность лечения с восстановлением нормальной структуры стенки желчного пузыря была достигнута у 70% больных (42 больных). Почти у всех больных восстановилась сократительная способность желчного пузыря. Средний срок лечения составил 9 месяцев (у одних — 6 месяцев, у других — 1,2 года). Зависимости эффекта от формы и выраженности процесса установлено не было. У молодых (до 30 лет) сроки использования лечебных

**■ Холестероз желчного пузыря (ХЖП) развивается во всех возрастных группах, одинаково часто встречается у мужчин и женщин. Клинически ХЖП проявляется тупыми ноющими болями в правом подреберье.**

доз были короче (5—6 месяцев). У 20% больных был достигнут «частичный» эффект — уменьшение выраженности изменений стенки и сохранение сниженной сократительной способности желчного пузыря (в тех случаях, когда снижение сократительной способности фиксировалось).

Больные этой группы продолжали принимать урсосан с дальнейшей положительной динамикой (в среднем 15 месяцев). У 6 больных (10%) за 8 месяцев терапии восстановления структуры стенки зарегистрировано не было. До-

за препарата была увеличена до 20 мг/кг с частичным положительным эффектом к 1 году лечения без восстановления сократительной способности желчного пузыря. Это явилось основанием к проведению хирургического лечения.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

■ Холестероз желчного пузыря занимает значительное место в общей структуре заболеваний билиарного тракта (8—10%).

■ Если до недавнего времени основным способом лечения являлся хирургический, то с появлением ультразвуковой диагностики и ранним выявлением ХЖП появилась возможность терапевтического лечения (особенно с появлением препаратов урсодеоксихолевой кислоты; в частности урсосана).

■ 10% больных плохо поддаются консервативному лечению, поэтому подлежат холецистэктомии.

■ 20% больных занимают промежуточное положение, требующее, по крайней мере, продолжительного лечения. В тех случаях, когда восстановление сократительной способности не наступает, больные должны быть переданы хирургам.

#### ВЫВОДЫ

1. Лечение больных ХЖП урсосаном в суточной дозе 15 мг/кг массы тела эффективно у 70% больных.

2. 10% больных плохо поддаются консервативному лечению и должны быть подвергнуты холецистэктомии.

3. 20% больных имеют частичный эффект, который требует более продолжительного лечения или более высоких доз урсосана. Больные этой группы, у которых восстановление сократительной способности ЖП не наступает, должны быть направлены к хирургам.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Байбеков И.Т. и др. О холестерозе желчного пузыря. // Архив патологии. — 1983. — Т. 47, №6. — С. 44—46.
2. Virchow R. Uber das Epithel der Galleblase und uber den einen intermediaren Stoffwechsel des Jettens. // Arch. Path. Anat. — 1857, Bd. 11, P. 574—578.
3. Пермяков Н.К., Подольский А.Е. К этиологии и патогенезу холестероза желчного пузыря. // Хирургия. — 1968. — №3. — С. 79—84.
4. Иванченкова «Хронические заболевания желчевыводящих путей», Москва, 2006. — С. 186.
5. Соколов Л.К., Минушкин О.Н., Саврастов В.М., Терновой С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, Москва, 1987 г.
6. Минушкин О.Н. «Урсодеоксихолевая кислота (Урсосан) в практике терапевта и гастроэнтеролога», методическое пособие, Москва, 2009.