Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии госпитальной с курсом аллергологии иммунологии
им. акад. Черноруцкого с клиникой

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Учебно-методическое пособие к практическим занятиям
и самостоятельной подготовке по дисциплине «Внутренние болезни»

Под редакцией доктора медицинских наук, профессора В. И. Трофимова



Санкт-Петербург
2018

УДК 616.366-003.7 (075.5)
ББК 54.13я7
Ж52

Авторы:

С. Н. Мехтиев – д-р мед. наук, профессор кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. Черноруцкого с клиникой;

О. А. Мехтиева – канд. мед. наук, доцент кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. Черноруцкого с клиникой;

Л. Н. Сорокина – д-р мед. наук, профессор кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. Черноруцкого с клиникой;

А. А. Федотов – канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. Черноруцкого с клиникой;

О. С. Андреева – канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. Черноруцкого с клиникой;

Под редакцией д-ра мед. наук, профессора, зав. кафедрой госпитальной терапии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова *В. И. Трофимова*

Рецензент:

канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии *Д. А. Смирнов*

Утверждено на заседании ЦМК ПСПбГМУ им. И. П. Павлова «05» марта 2018 г. № 100.

Ж52 Желчнокаменная болезнь: учеб.-метод. пособие / С. Н. Мехтиев, О. А. Мехтиева, Л. Н. Сорокина [и др.]; под ред. д-ра мед. наук, проф. В. И. Трофимова. – СПб.: ПСПбГМУ, 2018. – 32 с.

Рассмотрены этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и лечение желчнокаменной болезни. Основной текст пособия дополнен материалами тестового контроля и ситуационной задачей.

Издание предназначено для студентов IV–VI курсов лечебного, педиатрического факультетов и факультета иностранных учащихся, клинических ординаторов.

ISBN 978-5-88999-514-2

© РИЦ ПСПбГМУ, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 5
Задания для самоподготовки 6
Материал для самоподготовки 7
Строение и функции билиарной системы 7
Определение желчнокаменной болезни 8
Классификация желчнокаменной болезни 9
Эпидемиология желчнокаменной болезни 10
Этиология желчнокаменной болезни 10
Патогенез желчнокаменной болезни 12
Клинические проявления желчнокаменной болезни 13
Формулировка диагноза желчнокаменной болезни 15
План обследования при желчнокаменной болезни 15
Дифференциальный диагноз при желчнокаменной болезни 18
Лечение желчнокаменной болезни 19
Профилактика желчнокаменной болезни 26
Тестовый контроль 26
Ситуационная задача 28
Приложение. Рабочая схема лечебных мероприятий при разных стадиях ЖКБ 31
Рекомендуемая литература 32

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ – аланинаминотрансфераза.
АСТ – аспартатаминотрансфераза.
ГГТП – гаммаглутамилтранспептидаза.
ГЭЦ – гепатоэнтеральная циркуляция.
ДПК – двенадцатиперстная кишка.
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.
ЖП – желчный пузырь.
МРХПГ – магнитно-резонансная холангиопанкреатография.
МРТ – магнитно-резонансная томография.
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография.
СИБР – синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке.
СО – сфинктер Одди.
УЗИ – ультразвуковое исследование.
ФББ – функциональная билиарная боль.
ФБР – функциональные билиарные расстройства.
ФРСО – функциональное расстройство сфинктера Одди.
ХЦК – холецистокинин.
ЩФ – щелочная фосфатаза.
УДХК – урсодезоксихолевая кислота.
ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.
ЭУЗИ – эндоскопическое ультразвуковое исследование.

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) на сегодняшний день характеризуется высокой распространенностью и ростом заболеваемости, достигая 15–20 % среди населения стран с западным стилем жизни (Северная Америка, Европа, Россия).

Несмотря на то, что ЖКБ известна клиницистам со времен Гиппократа (V–IV вв. до н. э.), продолжают изучаться проблемы этиологии и патогенеза этого заболевания. Так, в конце XX – начале XXI в. были сделаны открытия в области изучения генетической предрасположенности к ЖКБ. До сих пор обсуждаются вопросы лечебной тактики при этом заболевании. Исследуются медикаментозные способы растворения желчных камней, в частности, накоплен опыт применения урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). Определены показания для хирургического лечения, при этом до настоящего времени не решен до конца вопрос о целесообразности холецистэктомии в целях профилактики осложнений ЖКБ.

Данное издание освещает вопросы этиологии, патогенеза, классификации, клинические особенности и подходы к диагностике и лечению ЖКБ с позиции доказательной медицины, рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации (2016), Европейской ассоциации по изучению болезней печени (EASL, 2016 г.) и собственного опыта авторов.

Продолжительность изучения темы: 4 часа.

Цель занятия – изучить этиологию, патогенез, современную классификацию, особенности клинического течения, алгоритм диагностики, принципы лечения и профилактики ЖКБ.

Студент должен знать:

– строение и функции билиарной системы;

– современное представление об этиологии и патогенезе ЖКБ;

– классификацию ЖКБ;

– клинические проявления ЖКБ;

– методы диагностики, используемые при ЖКБ;

– дифференциальный диагноз при ЖКБ;

– лечебную тактику при различных стадиях ЖКБ;

– осложнения ЖКБ;

– прогноз и профилактику при ЖКБ.

Студент должен уметь:

– методически правильно осуществлять сбор жалоб и анамнеза разбираемого больного с ЖКБ;

– проводить правильное объективное исследование больного, у которого имеется или предполагается патология желчевыводящей системы;

– формулировать предварительный диагноз у пациента с ЖКБ;

– наметить план обследования больного ЖКБ;

– осуществлять оценку результатов клинического и биохимического исследования крови, иммунных тестов, кала, эндоскопии;

– на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных сформулировать развернутый окончательный диагноз;

– назначить и обосновать лечение при ЖКБ.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Особенности строения, основные функции желчевыводящей системы.
2. Определение и классификация ЖКБ.
3. Основные этиологические факторы ЖКБ.
4. Патогенетические механизмы развития ЖКБ.
5. Основные клинические проявления ЖКБ. Особенности жалоб и физикального обследования больного.
6. Методы лабораторной и инструментальной диагностики при ЖКБ.
7. Принципы дифференциальной диагностики при ЖКБ.
8. Принципы терапии и профилактики ЖКБ. Показания для холецистэктомии.

МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ

Строение и функции билиарной системы

Билиарная система представлена внутрипеченочными, внепеченочными желчными протоками и желчным пузырем (ЖП) (рис. 1).

Правый и левый печеночные протоки соединяются и образуют общий печеночный проток. В него впадает пузырный проток, соединяющий систему желчных протоков с ЖП.

ЖП представляет собой резервуар для скопления и концентрирования желчи, способен вмещать от 70 до 200 мл желчи. В нем происходит всасывание воды и выделение в желчь муцина. В пристеночном слое слизи осуществляется концентрационная функция ЖП. Концентрированная желчь опускается на дно пузыря, в то время как ядро в центре содержит менее концентрированную желчь.

Желчь – это сложный по составу коллоидный комплекс, состоящий из воды и растворенных в ней белков, липидов (холестерин, фосфолипиды), углеводов, связанного билирубина, желчных кислот, витаминов, минеральных солей и микроэлементов. Образование желчи в организме происходит постоянно, от 500 до 1200 мл в сутки. При этом ее поступление в кишечник осуществляется порциями при принятии пищи, благодаря координированной деятельности ЖП и сфинктерного аппарата билиарного тракта.

Желчь осуществляет ряд важнейших функций:

– эмульгирование жиров для наиболее оптимального действия панкреатической липазы;

– формирование щелочного pH в двенадцатиперстной кишке (ДПК) для активирования цепи кишечных и панкреатических протеолитических ферментов;

– растворение и всасывание жирорастворимых витаминов A, D, E, K;

– выведение жирорастворимых метаболитов, лекарственных веществ, ксенобиотиков (того, что не может быть выведено с мочой);

– стимулирование перистальтики кишечника;

– бактериостатическое действие;

– участие в гепатоэнтеральной циркуляции (ГЭЦ) желчных кислот.

После соединения общего печеночного и пузырного протоков образуется общий желчный проток (холедох), который впадает в ДПК в области фатерова сосочка (большого дуоденального сосочка), где располагается сфинктер Одди (СО).

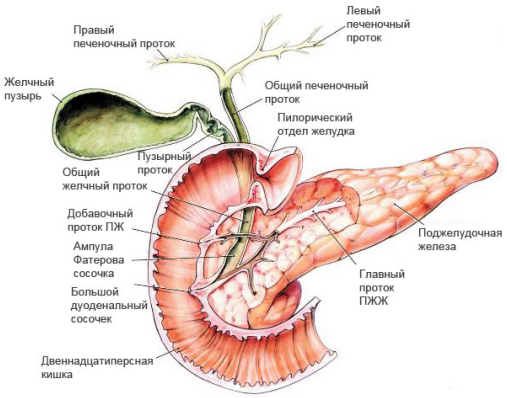


Рис. 1. Желчевыводящая система

СО представляет собой фиброзно-мышечный футляр, имеющий сфинктерный сегмент общего желчного протока, а также главного протока поджелудочной железы. СО играет важную роль в регуляции поступления желчи в ДПК и предотвращении регургитации желчи, панкреатического сока и дуоденального содержимого в главный панкреатический и общий желчный протоки, в обеспечении накопления в ЖП печеночной желчи в межпищеварительном периоде.

Контроль функций ЖП и билиарных сфинктеров (прежде всего, СО) осуществляется нейрогуморальным путем, при помощи гастроинтестинальных гормонов и медиаторов вегетативной нервной системы. Стимулируют желчевыведение, путем сокращения ЖП и расслабления СО, холецистокинин (ХЦК, панкреозимин), гастрин, секретин, ацетилхолин, бомбезин, а также желчные кислоты. Тормозят – глюкагон, кальцитонин, вазоинтестинальный пептид, панкреатический полипептид, адреналин, эстрогены, кортикостероиды.

Определение желчнокаменной болезни

ЖКБ – это хроническое заболевание гепатобилиарной системы, имеющее генетическую предрасположенность, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина, характеризующееся образованием желчных камней в печеночных желчных протоках (внутрипеченочный холелитиаз), в общем желчном протоке (холедохолитиаз) или в ЖП (холецистолитиаз).

Классификация ЖКБ

(Х. Х. Мансуров и др., 1985, дополненная А. А. Ильченко, 2002)

I. *По стадии.*

1. Физико-химическая стадия (густая неоднородная замазкообразная желчь, билиарный сладж, микролиты).

2. Латентная (бессимптомное камненосительство), с указанием количества, локализации, состава камней/

3. Клиническая (хронический калькулезный холецистит, желчные колики).

4. Осложнения:

– острый холецистит;

– водянка, эмпиема, гангрена ЖП;

– кальцификация стенки ЖП («фарфоровый» ЖП);

– абсцессы в области ложа ЖП;

– перфорация ЖП с развитием желчного перитонита;

– пузырно-кишечные и холедоходуоденальные свищи (на наличие свища может указывать аэробилия у больных без предшествующих хирургических или эндоскопических вмешательств);

– прогрессирующая печеночная недостаточность;

– билиарный панкреатит и некроз поджелудочной железы;

– холангит (триада Шарко: лихорадка с ознобом, боли в правом подреберье, желтуха);

– обтурационная желтуха;

– вторичный билиарный цирроз печени;

– рак ЖП (высокий риск рака ЖП – при наличии «фарфорового» ЖП);

– непроходимость кишечника;

– синдром Мириззи (воспалительно-рубцовый опухолевидный конгломерат, состоящий из ЖП и общего желчного протока, часто на фоне вклинения камня в шейку ЖП или пузырный проток, с развитием стриктуры общего печеночного протока и синдрома холестаза).

II. *По клиническому течению:*

– латентная форма;

– диспептическая форма;

– болевая форма с типичными желчными коликами;

– под «маской» других заболеваний (кардиалгический, экстрасистолический вариант, синдром Сейнта: триада – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулез толстой кишки и ЖКБ).

III. *По количеству конкрементов:* одиночные, множественные.

IV. *По локализации камней:* холецистолитиаз, холедохолитиаз, внутрипеченочный холелитиаз (гепатолитиаз).

V. *По размерам конкрементов:* мелкие – до 5 мм, средние – 6–15 мм, крупные – более 15 мм.

VI. *По составу конкрементов:*

– холестериновые (встречаются в 90–95 % случаев);

– пигментные (билирубиновые): черные и коричневые.

Черные камни содержат конъюгированный билирубин (кальция билирубинат) и часто обнаруживаются в ЖП при гемолизе и циррозе печени. Они множественные, мелкие и рентгенопозитивные.

Коричневые камни содержат, помимо билирубината кальция, желчные кислоты и нерастворимый деконъюгированный билирубин, который образуется под воздействием β-глюкоронидазы бактерий. Эти камни чаще выявляются не в ЖП, а в холедохе, при инфекционно-воспалительном процессе в желчевыводящих путях, первичном склерозирующем холангите, а также после холецистэктомии. Они мягкие, слоистые, рентгенонегативные;

– смешанные камни.

Эпидемиология желчнокаменной болезни

ЖКБ наиболее распространена у представителей белой расы, в странах с западным стилем жизни (США, Европа, Россия) – до 15–20 % населения. Тогда как в Африке, Азии и Японии – 3–5 %. У некоторых народностей (мексиканских и чилийских индейцев) – в 45–80 % случаев.

Наиболее часто клинические проявления ЖКБ диагностируются в возрасте 40–69 лет, причем у женщин – в 2–3 раза чаще, чем у мужчин. Заболеваемость увеличивается с возрастом, достигая 30 % у лиц пожилого возраста.

В последние десятилетия возрастает частота развития ЖКБ у детей и подростков на фоне ожирения.

Этиология желчнокаменной болезни

1. *Генетические факторы:*

– семейная предрасположенность увеличивает риск ЖКБ в 4–5 раз;

– мутация гена MDR3 (приводит к нарушению транспорта фосфолипидов в желчь);

– мутация гена CYP7A1 (приводит к нарушению синтеза желчных кислот из холестерина, вследствие дефицита фермента холестерин-7-гидроксилазы, с развитием гиперхолестеринемии и перенасыщением желчи холестерином);

– мутация гена ABCB4 (приводит к нарушению синтеза фосфолипидов и предрасполагает к развитию рецидивирующего камнеобразования в желчных протоках).

2. *Врожденные аномалии развития билиарного тракта.*

3. *Пол, возраст* (женский пол, возраст старше 40 лет).

4. *Диетические:*

– высококалорийная диета, бедная растительными волокнами, а также с избытком простых углеводов, животных белков, продуктов, содержащих холестерин;

– голодание с резкой редукцией массы тела;

– длительное полное парентеральное питание.

5. *Применение лекарственных препаратов* (пероральные контрацептивы, в том числе длительная заместительная гормональная терапия в период постменопаузы, фибраты, Цефтриаксон, Соматостатин, никотиновая кислота).

6. *Сопутствующие заболевания и состояния:*

– ожирение;

– бариатрические вмешательства;

– сахарный диабет 2-го типа и инсулинорезистентность;

– гипотиреоз;

– дислипопротеидемия (гипертриглицеридемия, снижение уровня липопротеидов высокой плотности, гиперхолестеринемия);

– цирроз печени – приводит к нарушению синтеза желчных кислот и их ГЭЦ;

– синдром Жильбера;

– воспалительные заболевания кишечника, в особенности илеоцекальной области, которые приводят к нарушению всасывания желчных кислот и их ГЭЦ;

– функциональные билиарные расстройства (ФБР);

– хронические запоры;

– инфекции желчевыводящих путей, билиарные инвазии (описторхоз, лямблиоз, клонорхоз и др.);

– гемолитические анемии;

– муковисцидоз;

– гиподинамия;

– частые беременности (билиарный сладж встречается у 20–30 % беременных).

Ряд специалистов считают, что ЖКБ может развиваться вследствие комплекса причин, приводящих к нарушениям реологических свойств желчи и

моторики ЖП. Д. Дивером еще в начале XX в. были сформулированы факторы риска, получившие название правила Deaver John Blair («Правила 5 „f“»):

1) female – «женщина»;
2) fat – «полная»;
3) fair – «блондинка»;
4) forties – «старше 40 лет»;
5) fertile – «неоднократно рожавшая».

В них подчеркивается роль генетических, дисметаболических, гормональных и возрастных факторов.

Патогенез желчнокаменной болезни

Под воздействием этиологических факторов формируется два механизма, лежащих в основе процесса камнеобразования (рис. 2):

1) *нарушение физико-химических свойств* («литогенная желчь») – перенасыщение желчи холестерином с образованием преципитатов кристаллов, повышение секреции муцинов, снижение содержания фосфолипидов, желчных кислот;

2) *застой желчи* вследствие снижения моторики ЖП (при нарушении чувствительности к холецистокинину, автономной нейропатии, длительном голодании, гиподинамии и др.).

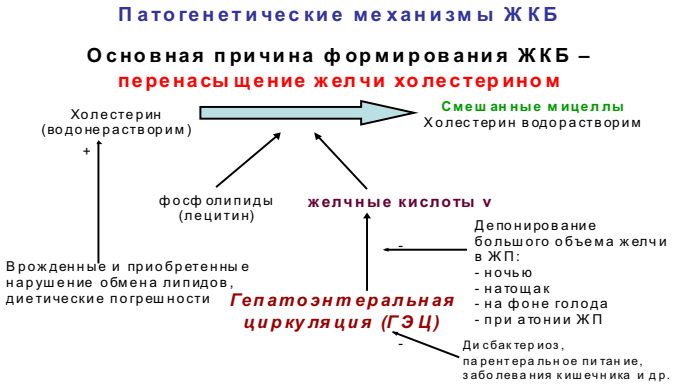


Рис. 2. Механизмы формирования ЖКБ

В результате нарушения реологических свойств желчи и ее физиологического оттока при ЖКБ может развиваться целый комплекс патологических нарушений, а именно:

– *нарушение переваривания и всасывания жиров* с возникновением стеатореи вследствие нарушения их эмульгирования и снижения активирования панкреатических ферментов; возможно нарушение всасывания жирорастворимых витаминов А, Е, Д, К;

– *развитие кишечной диспепсии и синдрома избыточного бактериального роста* (СИБР) в виде диареи, чередующейся с запорами, вследствие снижения бактериостатического эффекта желчи, нарушения кишечной перистальтики;

– *расстройство ГЭЦ желчных кислот* вследствие нарушения оттока желчи, преждевременной деконъюгации желчных кислот в ДПК и потери их с калом в условиях СИБР. Нарушение ГЭЦ приводит к усугублению расстройств физико-химических свойств желчи и всасывания жиров;

– *формирование дуоденальной гипертензии* вследствие нарушения переваривания и всасывания жиров в ДПК, развития в ней СИБР. Дуоденальная гипертензия приводит к возникновению дуодено-гастрального рефлюкса, расстройству оттока желчи и панкреатического сока в ДПК через большой дуоденальный сосочек, в результате чего усугубляется нарушение переваривания и всасывания жиров.

В основе патогенеза желчной колики, самого характерного проявления ЖКБ, лежит миграция камней в область шейки ЖП, пузырный проток или холедох, с развитием обструкции, рефлекторного спазма, а также дистензии вследствие повышения внутрипросветного давления.

Клинические проявления желчнокаменной болезни

I стадия ЖКБ – отсутствие симптомов (в 80 % случаев) или возможны *симптомы* ФБР: рецидивирующие боли до 30 мин и более в эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо – при функциональном расстройстве билиарного сфинктера Одди (ФРСО); в левом подреберье с иррадиацией в спину – при боли панкреатического типа. Боль после еды, часто в середине ночи. Боль не уменьшается после стула, приема антацидов, перемене положения тела. Нередко наблюдается билиарная диспепсия: горечь во рту, воздушные отрыжки, неустойчивый стул (безболевые поносы, чередующиеся с запорами).

II стадия ЖКБ – обнаружение «немых» желчных камней при рентгенологическом и ультразвуковом исследовании, возможны симптомы ФБР. Период латентного камненосительства может продолжаться до 10–15 лет.

III стадия ЖКБ характеризуется наличием приступов желчной колики, острого холецистита. Кроме того, могут наблюдаться атаки острого билиарного панкреатита, холангит.

При данной стадии ЖКБ встречаются следующие синдромы:

– *болевой синдром: желчная (синонимы – «билиарная», «печеночная») колика* – выраженный болевой синдром в правом подреберье или эпигастральной области, с иррадиацией в правое плечо, лопатку, спину, реже – в левую половину туловища, длительностью от 15 мин до 5–6 ч (длительность боли более 5 ч может свидетельствовать о развитии острого холецистита). Боль чаще возникает ночью или через 1–1,5 ч после употребления жирной жареной пищи, может провоцироваться тряской, ездой, наклонами туловища, купируется анальгетиками. Характерно быстрое нарастание интенсивности боли, с достижением «плато», при котором сохраняется выраженная постоянная распирающая боль (в отличие от волнообразной схваткообразной боли, встречающейся при почечной и кишечной коликах);

– *диспептический синдром:* билиарная диспепсия – горечь во рту, отрыжка воздухом, тошнота, рвота с желчью, не приносящая облегчения; кишечная диспепсия: метеоризм, чередование запоров и диареи;

– *астено-вегетативный синдром:* повышенная утомляемость, общая слабость, потливость, раздражительность;

– *холецисто-кардиальный синдром:* кардиалгии, желудочковая экстрасистолия. Впервые описан в 1875 г. С. П. Боткиным. При этой форме боли, возникающие при печеночной колике, распространяются на область сердца, провоцируя приступ стенокардии. Обычно после холецистэктомии данный синдром купируется;

– *воспалительно-интоксикационный:* лихорадка, озноб, потливость, слабость. При развитии острого холецистита, холангита, острого панкреатита;

– *холестатический:* желтуха, потемнение мочи, осветление стула – при развитии обструкции пузырного протока, холедоха.

Объективные признаки при желчнокаменной болезни

У пациентов с ЖКБ может обнаруживаться появление налета желто-коричневого цвета на корне языка (при развитии дуоденальной гипертензии и дуодено-гастрального рефлюкса), болезненность при пальпации в точке Дежардена (в проекции СО) – при развитии ФБР.

При желчной колике живот слабо участвует в акте дыхания, наблюдается его вздутие, симптом мышечной защиты. Нередко наблюдается механическая желтуха. В случае развития острого калькулезного холецистита выявляются положительные пузырные симптомы:

– *симптом Кера:* болезненность при пальпации в точке Мак – Кензи – точке ЖП (место пересечения наружного края прямой мышцы живота с правой реберной дугой);

– *симптом Мерфи:* болезненность при пальпации в точке ЖП при надувании живота на вдохе (симптом «прерванного вдоха»);

– *симптом Грекова – Ортнера:* болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;

– *симптом Лепене:* болезненность при поколачивании по правому подреберью;

– *симптом Мюсси – Георгиевского:* болезненность между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы справа.

Формулировка диагноза желчнокаменной болезни

Студент должен резюмировать данные, полученные при опросе жалоб пациента, анамнеза болезни и жизни больного, результаты объективного обследования и сформулировать предварительный диагноз.

В предварительный основной диагноз предлагается выносить ЖКБ с указанием ее стадии, а также ассоциированные с ней другие заболевания пищеварительной системы, в частности, ФБР. При формулировке диагноза ФБР необходимо отметить его тип, наличие деформации (перегибов) ЖП.

Примеры формулировок диагноза

1. ЖКБ I стадии. Билиарный сладж. Холестероз желчного пузыря.

2. ЖКБ II стадии. Функциональное расстройство билиарного сфинктера Одди.

3. ЖКБ II стадии. Функциональное расстройство желчного пузыря по гипотоническому типу. Перегиб шейки желчного пузыря.

4. ЖКБ III стадии. Хронический калькулезный холецистит, средней тяжести, обострение. Желчная колика от 02.09.2017 г.

В МКБ-10 выделены следующие шифры: К80 – ЖКБ; К80.1 – камни ЖП.

План обследования при желчнокаменной болезни

Методы лабораторной диагностики

1. *Клинический анализ крови* (выявление лейкоцитоза, ускоренного СОЭ при развитии осложнений ЖКБ).

2. *Биохимический анализ крови:* аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП), общий билирубин и его фракции, общий белок, белковые фракции, С-реактивный белок, холестерин, триглицериды, амилаза, глюкоза крови (для проведения дифференциального диагноза и уточнения состояния печени, под-

желудочной железы, исключения воспалительного процесса, выявления метаболических нарушений).

При желчной колике и обструкции желчевыводящих путей возможно транзиторное повышение АЛТ, АСТ, а в случае развития механической желтухи – прямого билирубина, ГГТП, ЩФ.

При ФРСО печеночные или панкреатические ферменты могут быть увеличены в 2 раза не позднее 6 ч после болевого приступа.

3. *Общий анализ мочи* (выявление желчных пигментов – при механической желтухе, уробилина – при гемолизе).

4. *Копрограмма* (выявление стеатореи в виде нейтрального жира; косвенных признаков дисбиоза кишечника – йодофильная флора, непереваренная клетчатка, крахмал).

Методы инструментальной диагностики

1. *Трансабдоминальное ультразвуковое исследование* (УЗИ) органов брюшной полости, в том числе динамическое, после пробы с пищевым раздражителем или приема сорбита, для оценки сократительной функции ЖП.

Важно оценить:

– размер и форму ЖП, наличие перегибов, деформаций;

– характер содержимого ЖП (билиарный сладж, камни, их количество и размер). Типы билиарного сладжа:

а) микролитиаз – взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных, единичных или множественных, смещаемых гиперэхогенных образований, не дающих акустической тени (около 60 %);

б) замазкообразная желчь – эхонеоднородная желчь, с наличием различной плотности смещаемых сгустков, не дающих акустической тени или приводящих к эффекту ослабления ультразвукового сигнала (24 %);

в) сочетание замазкообразной желчи с микролитами, которые могут входить в состав сгустка или содержимого ЖП (16 %);

– состояние стенки ЖП (при ее утолщении более 4 мм, расслоении требуется исключить острый калькулезный холецистит по совокупности клинико-лабораторных признаков!). Возможно обнаружение признаков холестероза ЖП, холестериновых полипов, которые не являются признаками ЖКБ;

– могут быть выявлены *признаки «отключенного» ЖП* – при наличии фиксированного конкремента в шейке ЖП, не смещаемого при перемене положения тела больного. При водянке ЖП его содержимое однородное, стенка истончена. При эмпиеме ЖП содержимое его становится неоднородным с яркими мелкими включениями;

– размер холедоха (при его расширении более 6 мм необходимо исключить холедохолитиаз, обструкцию или спазм СО);

– состояние поджелудочной железы (при выявлении отека, размытости контуров – исключить острый панкреатит);

– состояние печени и внутрипеченочных желчных протоков.

2.*Эндоскопическое УЗИ* (ЭУЗИ) дает возможность провести дифференциальный диагноз и исключить стриктуры протоков, объемные образования, микрохолецистохоледохолитиаз с размерами конкрементов менее 3 мм и другие органические изменения панкреато-билиарной системы.

На сегодняшний день этот метод считается «золотым» стандартом в диагностике холедохолитиаза (чувствительность – 96–99 %, специфичность – 81–100 %).

3. *Фиброгастродуоденоскопия* оценивает состояние ДПК, области большого дуоденального сосочка.

4. *Обзорная рентгенография* брюшной полости выявляет рентгеноконтрастные кальцинированные конкременты (обнаруживаются лишь в 10–15 % случаев), «фарфоровый» ЖП, признаки осложнений ЖКБ (перфорации, кишечная непроходимость).

5. *Динамическая билиосцинтиграфия с иминодиуксусными кислотами, меченными* ^{99m}Tc, проводится с целью дифференциальной диагностики. Может выявлять снижение опорожнения ЖП менее 40 % при его функциональных расстройствах, обструкцию пузырного протока (при этом отсутствует визуализация ЖП при сохраненной визуализации дистальной части желчных путей). Однако этот метод не позволяет визуализировать камни в желчевыводящих путях.

6. *Магнитно-резонансная холангиопанкреатография* (МРХПГ) выполняется в случае необходимости проведения дифференциальной диагностики при синдроме холестаза. Позволяет выявлять изменения и конкременты внутрипеченочных желчных протоков.

7. *Мультиспиральная компьютерная томография* (МСКТ) – дополнительный метод диагностики, менее информативный, чем МРХПГ, так как не позволяет визуализировать конкременты.

8. *Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография* (ЭРХПГ) и манометрия сфинктера Одди (при ФРСО уровень базального давления более 35 мм рт. Ст.). Эта методика проводится по строгим показаниям, с целью проведения дифференциальной диагностики, а также пациентам, нуждающимся в эндоскопическом лечении (при выявлении билиарной обструкции, камней в холедохе). Проведение ЭРХПГ у больных с ФРСО связано с высоким риском развития панкреатита, вероятность которого составляет 10–15 %.

9. *Чрескожная чреспеченочная холангиография* (ЧЧХ) – используется для диагностики внутрипеченочного холелитиаза.

Пероральная и внутривенная холецистохолангиография в настоящее время практически не выполняются ввиду появления более информативных методов исследования. Также редко применяется хроматическое дуоденальное зондирование, направленное на диагностику, прежде всего, ранней стадии ЖКБ, микролитиаза, а также воспалительных изменений в желчевыводящей системе, ввиду недостаточной доступности метода.

Дифференциальный диагноз при желчнокаменной болезни

В рамках дифференциального диагноза необходимо различать функциональные билиарные боли и желчную колику, так как от этого зависит дальнейшая лечебная тактика (табл. 1).

Таблица 1

Дифференциальный диагноз билиарной боли

Признак	Желчная колика	Билиарная боль
Провокация	Пища, тряска	Пища, стресс
Локализация	Эпигастрий, правое подреберье	Чаще эпигастрий
Интенсивность	Высокая	Умеренная
Продолжительность	Любая, до 12 ч	Обычно 20–30 мин
Иррадиация	Правые плечо, лопатка, шея справа	Правое подреберье
Суточный ритм	Часто поздняя, ночная	Любая
Тошнота, рвота	Часто, без облегчения	Редко
Желтуха	Может быть	Нет
Лихорадка	Часто	Нет
Симптомы холецистита	Часто	Нет
Лейкоцитоз, СОЭ, СРБ	Часто	Нет
АЛТ, АСТ	Часто	Может быть
ГГТП, ЩФ	Часто	Может быть
Билирубин	Может быть	Нет
УЗИ	Камень шейки, утолщение стенки ЖП, билиарная гипертензия	Сократимость ЖП часто снижена после еды, билиарный сладж
ЭУЗИ	Камни протоков	Нет
ЭРХПГ	Обтурация камнем	Замедление выведения контраста более 45 мин, расширение холедоха
Проба с нитратами и спазмолитиками	Положительная	Отрицательная

Дифференциально-диагностический ряд при абдоминальной боли в правом верхнем квадранте живота:

– ФБР;
– язвенная болезнь ДПК;
– патология большого дуоденального сосочка (папиллит, стеноз, опухоль);
– функциональная диспепсия;
– гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
– панкреатит;
– холецистит;
– рак ЖП;
– заболевания толстой кишки, синдром раздраженной кишки;
– костно-мышечные нарушения;
– инфаркт миокарда (абдоминальная форма);
– заболевания печени;
– заболевания легких и плевры;

Лечение желчнокаменной болезни

Лечение ЖКБ зависит от стадии заболевания.

Основные задачи терапии:

1) *коррекция факторов риска,* вызывающих нарушение реологических свойств и застой желчи (нормализация диеты, массы тела, коррекция дислипидемии, эндокринных нарушений и др.);

2) *удаление желчных камней* (медикаментозное, хирургическое, чрескожная ударно-волновая литотрипсия);

3) *купирование клинической симптоматики* – улучшение процессов пищеварения и всасывания в ДПК, коррекция дуоденальной гипертензии, дуодено-гастрального рефлюкса, функционального состояния поджелудочной железы, СИБР:

– ферменты (Панкреатин, Креон);
– секретолитики (по показаниям), антациды,
– деконтаминация ДПК: кишечные антисептики (Рифаксимин, Энтерофурил, Ципрофлоксацин), про- и пребиотики;
– прокинетики (Итоприд, Тримебутин)

4) *нормализация физико-химических свойств желчи.* Помимо коррекции факторов риска, единственным лекарственным средством, применяемым с этой целью, является УДХК (Урсофальк, Урсосан, Урдокса – данные препараты содержат нетоксичные гидрофильные желчные кислоты, которые способны замещать в общем пуле желчных кислот другие, токсичные желч-

ные кислоты, являющиеся гиброфобными и оказывающие цитотоксическое действие на гепатоциты, холангиоциты). На сегодняшний день известно, что УДХК обладает литолитическим и холеретическим действием, оказывает позитивный эффект на все звенья ГЭЦ желчных кислот. Кроме того, он снижает абсорбцию холестерина в кишечнике, синтез его в печени и поступление в желчь за счет активации фарнезоид-Х-ассоциированного рецептора;

5) *коррекция ГЭЦ желчных кислот:*

– УДХК;

– средства, улучшающие состояние кишечной стенки, процессы пищеварения и всасывания в тонкой кишке: ферменты, про- и пребиотики, энтеросорбенты, селективные спазмолитики (Гимекромон);

6) *нормализация моторики ЖП:*

– селективные спазмолитики: Мебеверин (Дюспаталин), Гимекромон (Одестон).

Гимекромон оказывает избирательное спазмолитическое действие на сфинктер ЖП и СО, что приводит к уменьшению застоя желчи в ЖП, препятствует образованию билиарного сладжа и камней. Препарат способствует адекватному поступлению желчи в ДПК, что улучшает процесс пищеварения в ней и, тем самым, уменьшает дуоденальную гипертензию. Гимекромон усиливает ГЭЦ желчных кислот, в результате чего улучшаются физико-химические свойства желчи. Важно отметить, что по результатам исследований данный препарат не провоцирует желчные колики у пациентов с ЖКБ;

7) *профилактика осложнений ЖКБ.*

Группы препаратов, используемых при лечении пациентов с ЖКБ:

– селективные спазмолитики: Гимекромон (Одестон), Мебеверин (Дюспаталин), Тримебутин (Тримедат), Альверин-симетикон (Метеоспазмил), Гиосцина бутилбромид (Бускопан);

– УДХК (Урсофальк, Урсосан, Урдокса);

– ферменты (Креон, Панкреатин);

– антациды (Маалокс, Фосфолюгель, Гевискон);

– прокинетики (Итоприд, Домперидон);

– кишечные антисептики (Рифаксимин, Ципрофлоксацин, Энтерофурил);

– антибиотики (при холецистите: Ципрофлоксацин, Доксициклин, Ампициллин, Метронидазол);

– пробиотики, пребиотики, синбиотики;

– секретолитики (при панкреатите: ингибиторы протонной помпы (Рабепразол, Омепразол, Пантопразол), М-холинолитики (гиосцина бутилбромид), Н2-гистаминоблокаторы (Фамотидин).

Лечебное питание – стол № 5 помогает предотвратить развитие желчных колик и осложнений. Прием пищи дробный, 4–6 раз в день, с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секреторную функцию желудка и поджелудочной железы. Целесообразно употреблять пищу, богатую пищевыми волокнами (фрукты, овощи), липотропными продуктами (овсянка, греча, творог, нежирная рыба), зерновой хлеб. Необходимо исключить жареные блюда, копчености, пищу, богатую простыми углеводами.

При желчной колике – голод 2–3 дня.

Принципы терапии ЖКБ в зависимости от стадии заболевания

Лечение ЖКБ I стадии:

– активный образ жизни, занятия физкультурой, что способствует оттоку желчи, ликвидации ее застоя, уменьшению гиперхолестеринемии;

– нормализация массы тела;

– коррекция эндокринных и обменных нарушений (гипотиреоз, сахарный диабет, нарушение обмена эстрогенов, дислипидемия и др.);

– антибактериальная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний желчевыводящих путей (по показаниям);

– лечение хронических заболеваний печени и системы крови;

– нормализация физико-химического состава желчи (УДХК 4–10 мг/кг на ночь в течение 3–6 месяцев, курсы 1–2 раза в год);

– коррекция состояния кишечной микрофлоры (курсы пребиотической терапии 1–2 раза в год);

– нормализация функционального состояния поджелудочной железы (селективные спазмолитики – Мебеверин (Дюспаталин), ферменты – Креон, при необходимости – секретолитики);

– нормализация функционального состояния мышц ЖП и СО – селективные спазмолитики (Гимекромон (Одестон), Мебеверин).

Лечение ЖКБ II стадии:

Основные направления лечения те же, которые проводятся при I стадии ЖКБ. По показаниям рекомендуется медикаментозная литолитическая терапия с помощью препаратов желчных кислот (УДХК).

Несмотря на то, что эффективность медикаментозной литолитической терапии на сегодняшний день составляет всего 27 %, всем пациентам ЖКБ

II стадии рекомендуется периодический прием УДХК, даже если невозможно произвести растворение камней, с целью предотвращения образования новых конкрементов и улучшения реологических свойств желчи.

Показания для медикаментозного растворения желчных камней:

– холестериновые конкременты (рентгенонеконтрастные);

– размеры камней не превышают 15–20 мм;

– сохраненная функция ЖП (фракция выброса ЖП более 40 %);

– ЖП заполнен камнями не более чем на 1/3;

– проходимый пузырный проток;

– общий желчный проток свободен от конкрементов;

– отсутствие приема Клофибрата, эстрогенов, Холестирамина.

Противопоказания для медикаментозной литолитической терапии:

– камни в ЖП диаметром более 15–20 мм;

– рентгеноконтрастные камни;

– пигментные камни;

– множественные конкременты, занимающие более 50 % площади тени ЖП;

– низкая сократительная способность ЖП (фракция выброса ЖП менее 40 %);

– острое воспалительное заболевание ЖП и желчных протоков;

– частые приступы печеночной колики;

– осложнения ЖКБ;

– невизуализируемый, а также «фарфоровый» ЖП;

– язвенная болезнь желудка и ДПК в фазе обострения;

– хронический панкреатит в фазе обострения;

– воспалительные заболевания кишечника; резекция подвздошной кишки, диарея;

– цирроз печени в стадии декомпенсации;

– неготовность больного следовать лечебным рекомендациям.

Схема медикаментозной литолитической терапии

УДХК (Урсофальк, Урсосан, Урдокса) 1 раз в день вечером через 30–40 мин после ужина, начиная с 1 капсулы (250 мг) 1–2 недели, постепенно увеличивая дозу по 1 капсуле в 1–2 недели до необходимой (10–15 мг/кг/сут.) под прикрытием спазмолитиком (Мебеверин). Длительность приема УДХК составляет до 6–12 месяцев. Рекомендуется УЗИ-контроль каждые 3–6 месяцев.

При наличии симптомов ФБР – на 1-м этапе, до назначения УДХК, целесообразно провести коррекцию моторно-эвакуаторной функции и интрадуоденального pH: антацидный препарат (Маалокс) через 40 мин после еды и на ночь, фермент (Креон) 10 000 ЕД 3 раза в день, селективный спазмолитик

(Мебеверин) 200 мг 2 раза в день. Курс – 3–4 недели. Затем – коррекция кишечного дисбиоза: Дюфалак 2,5–5 мл в день, 200–500 мл на курс, с пробиотиком.

При наличии симптомов обострения хронического панкреатита – на 1-м этапе, до назначения УДХК, проводится коррекция функции поджелудочной железы: ингибитор протонной помпы (Омепразол, Рабепразол) 20–40 мг/сут. утром натощак и на ночь 4–8 недель, селективный спазмолитик (Мебеверин) 200 мг 2 раза в день за 20 мин до завтрака и ужина, фермент (Панкреатин) 25 000 ЕД 3 раза в день во время еды 4–8 недель. Затем – коррекция кишечного дисбиоза: пре- и пробиотики до 4 недель.

Чрескожная ударно-волновая литотрипсия

Этот неинвазивный метод размельчения камней при помощи электрогидравлических, электромагнитных или пьезоэлектрических волн в настоящее время применяется очень редко, ввиду высокой частоты развития осложнений (желчная колика, острый холецистит, панкреатит, холедохолитиаз, гематомы печени) и рецидивов камнеобразования.

Показания: камни ЖП от 1 до 3, «всплывающего типа», диаметром не более 30 мм, при сохраненной функции ЖП.

Хирургическое лечение при ЖКБ II стадии

По мнению большинства экспертов, пациентам с бессимптомным камненосительством проведение холецистэктомии с целью профилактики осложнений ЖКБ не рекомендуется.

Исключение составляют лица с наличием «фарфорового» ЖП (в особенности, с очаговой кальцификацией его стенок), а также с полипами ЖП более 10 мм (или при полипах 6–10 мм, быстро растущих, а также на фоне первичного склерозирующего холангита), учитывая высокий риск рака ЖП.

Лечение ЖКБ III стадии

Применяются основные направления лечения, используемые при ЖКБ II стадии. При этом требуется определение показаний для холецистэктомии и, в случае развития желчной колики и других клинических проявлений и осложнений, адекватная их терапия.

Неотложная помощь при желчной колике

1. Купирование болевого синдрома:

– холинолитики (Платифиллин 0,2 % 1 мл, гиосцина бутилбромид (Бускопан));

– спазмолитики (Но-шпа, Папаверин 2 % 2 мл, Мебеверин 200 мг 2 р./сут.);

– ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (Анальгин 50 % 2 мл, Баралгин 5 мл, Кетопрофен 200 мг, Диклофенак 50 мг);

– наркотические анальгетики (Промедол 2 % 2 мл) (нельзя морфин, вызывающий спазм СО);

– Нитроглицерин 5 мг под язык.

2. Устранение дисморики, рвоты (Метоклопрамид 10 мг 3–4 р./сут.).

3. Антибиотики (при выраженных клинико-лабораторных признаках воспаления): Ампиокс 0,5 – 4 р./сут., Метациклин 0,3 – 2 р./сут., Цефазолин 0,5–1,0 каждые 8 ч, Ципрофлоксацин 0,5 – 2 р./сут., Метронидазол 0,5 – 3 р./сут.

Хирургическое лечение ЖКБ III стадии

Основным методом лечения ЖКБ III стадии является лапароскопическая холецистэктомия (с использованием 4 портов), которая выполняется в 93 % всех холецистэктомий. По определенным показаниям выполняется также открытая холецистэктомия, мини-лапаротомическая холецистэктомия (разрез менее 8 см), крайне редко – чрескожная холецистолитотомия, холецистостомия (у лиц высокого риска). В последние годы начали применяться новые методы: лапароскопическая холецистэктомия с 1 портом, эндоскопическая хирургия через трансвагинальный доступ.

Важно отметить, что у 10–15 % (по некоторым данным, до 40 %) пациентов после холецистэктомии сохраняются или вновь появляются симптомы ФБР (ФРСО), нарушений функции других органов пищеварения (хронический панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, функциональная диспепсия, синдром раздраженной кишки, дисбиоз кишечника), микролитиаз, рецидивы образования камней в протоках, стриктуры и стеноз большого дуоденального сосочка. Ранее при этом использовался собирательный термин «постхолецистэктомический синдром», на сегодняшний день рекомендуется установление конкретного расстройства для выбора правильной лечебной тактики.

Учитывая частое развитие вышеуказанных состояний, нет оснований всем пациентам рекомендовать холецистэктомию с целью профилактики осложнений ЖКБ.

Показания для холецистэктомии:

– камни ЖП, проявляющиеся клиническими симптомами (наличие 2 и более желчных колик, острый холецистит, рецидивирующий панкреатит, обтурационная желтуха);

– камни размером более 3 см;

– нефункционирующий ЖП, «фарфоровый» ЖП (риск рака ЖП);

– конкременты общего желчного протока;
– эмпиема, гангрена и водянка ЖП;
– перфорация и пенетрация ЖП и формирование свищей;
– синдром Мириззи.

Существуют международные рекомендации по отбору пациентов с ЖКБ для хирургического лечения (табл. 2).

Таблица 2

Международные рекомендации по отбору пациентов с ЖКБ для хирургического лечения (программа Euricterus)

Кол-во баллов	Клиническая ситуация	Кол-во баллов	Основные характеристики	Сумма баллов
1	Нет симптомов	1 2	Камни ЖП Камни ЖП+ нефункционирующий ЖП	**2** **3**
2	Есть симптомы	1 2 3	Камни ЖП Камни ЖП+ нефункционирующий ЖП Камни ЖП+ нефункционирующий ЖП + дилатация холедоха	**3** **4** **5**
3	Желчная колика	1 2 3	Камни ЖП Камни ЖП+ нефункционирующий ЖП Камни ЖП+ нефункционирующий ЖП + дилатация холедоха	**4** **5** **6**
4	Острый холецистит	1 2	Камни ЖП Камни ЖП+ любые другие характеристики	**5** **6**
5	Острый холецистит	1 2	Камни ЖП Камни ЖП+ любые другие характеристики	**6** **7**
6	Рецидивирующий панкреатит	1 2	Камни ЖП Камни ЖП+ любые другие характеристики	**7** **8**
7	Обтурационная желтуха	1 2	Камни ЖП Камни ЖП+ любые другие характеристики	**8** **9**

Примечание. Для выбора тактики суммируются баллы разделов «Клиническая ситуация» и «Основные характеристики». При сумме баллов 1–2 – операция не рекомендуется; 3–4 – относительные показания к операции; 5 и выше – абсолютные показания к операции.

Эндоскопическое лечение ЖКБ

Эндоскопическая сфинктеропапиллотомия, или баллонная дилятация большого дуоденального сосочка (до 12–20 мм), выполняется в случае наличия камня в холедохе, с целью облегчения удаления данного конкремента.

Профилактика желчнокаменной болезни

Первичная профилактика – исключение причин, приводящих к развитию ЖКБ, своевременная санация желчевыводящих путей, устранение их функциональных расстройств, рациональное питание, адекватное лечение обменных заболеваний.

Важное значение имеет достаточная физическая активность, уменьшающая риск камнеобразования, по данным экспертов, на 70 %.

Большую роль в профилактике ЖКБ играет также регулярное питание с употреблением пищи, богатой клетчаткой, витамином С, полиненасыщенными жирными кислотами. Имеются данные о профилактическом эффекте кофе.

В группах высокого риска (пациенты, перенесшие бариатрические операции, с быстрым снижением массы тела более 1,5 кг в неделю, отягощенным семейным анамнезом, длительно принимающие соматостатин, гормональные контрацептивы) показано курсовое применение УДХК в дозе 250–500 мг/сут.

Вторичная профилактика – снижение активности процесса камнеобразования в желчевыводящей системе, частоты рецидивов калькулезного холецистита и желчных колик, предупреждение развития осложнений. Активное выявление и диспансерное наблюдение больных с ЖКБ, их адекватная немедикаментозная и лекарственная терапия.

Целесообразно проведение 1–2 раза в год поддерживающей терапии УДХК в дозе 4–10 мг/кг/сут. в течение 1–3 месяцев.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Факторами, предрасполагающими к развитию ЖКБ являются все, КРОМЕ:

1) генетическая предрасположенность;
2) наличие ожирения, сахарного диабета;
3) длительный прием эстрогенов;
4) возраст старше 40 лет, женский пол;
5) прием хенодезоксихолевой кислоты.

2. Осложнениями ЖКБ могут быть:

1) водянка и эмпиема ЖП;
2) рак ЖП;
3) холангит;
4) синдром Миризи;
5) все вышеперечисленное.

3.Билиарный сладж представлен следующими формами, КРОМЕ:

1) густая неоднородная желчь;
2) микролиты;

3) холестериновые полипы;
4) сочетание замазкообразной желчи с микролитами;
5) все неверно.

4. Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита:

1) медикаментозная литолитическая терапия;
2) микрохолецистостомия;
3) ударно-волновая литотрипсия;
4) холецистэктомия;
5) комплексная консервативная терапия.

5. В понятие «ЖКБ» входят перечисленные формы заболеваний, КРОМЕ:

1) билиарный сладж;
2) камни ЖП;
3) холестероз ЖП;
4) хронический калькулезный холецистит;
5) холедохолитиаз.

6. «Золотым стандартом» диагностики холедохолитиаза на сегодняшний день считается:

1) УЗИ брюшной полости;
2) ЭРХПГ;
3) эндоскопическое УЗИ;
4) обзорная рентгенография брюшной полости;
5) МРХПГ.

7. Симптом Мерфи – это:

1) болезненность при пальпации в точке ЖП;
2) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге;
3) болезненность при поколачивании по правому подреберью;
4) болезненность при пальпации в точке ЖП при надувании живота на вдохе;
5) болезненность между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа.

8. Показанием для медикаментозной литотрипсии является все, КРОМЕ:

1) размер конкремента менее 15 мм;
2) заполненность ЖП камнями не более чем на 1/3 просвета;
3) фракция выброса ЖП более 40 %;
4) частые приступы желчной колики;
5) холестериновые конкременты со слабой акустической тенью.

9. Противопоказаниями для назначения УДХК являются:

1) острый холецистит;
2) язвенная болезнь в фазе обострения;
3) нефункционирующий ЖП;

4) обтурация желчевыводящих путей;
5) все вышеперечисленное.

10. Показанием для холецистэктомии НЕ является:
1) наличие водянки ЖП;
2) «фарфоровый» ЖП;
3) частые желчные колики;
4) наличие холедохолитиаза;
5) наличие микрохолецистолитиаза.

Ответы к тестовым вопросам

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ответ	5	5	3	4	3	3	4	4	5	5

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Больная К., 47 лет.

Жалобы: на периодическую тяжесть в правом подреберье, возникающую после приема жирной пищи. Горечь во рту по утрам. Стул 1 раз в 2 суток, периодически кашицеобразный.

Anamnesis morbi: периодические боли в животе и горечь во рту отмечает в течение последних 2–3 лет, при этом боли были связаны с диетическими погрешностями. Настоящее ухудшение началось 2 недели назад – 02.01.2018 г., когда после поездки в деревню по пересеченной местности ночью появились интенсивные боли в правом подреберье, горечь во рту, однократная рвота с примесью желчи. Принимала Но-шпу и Баралгин с хорошим эффектом. В последующее время отмечает отсутствие аппетита, слабость и вышеперечисленные жалобы.

Данные объективного обследования: общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост – 162 см, вес – 82 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Сердце и легкие без патологии. Язык влажный, обложен у корня желтоватым налетом. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень не вступает из под края правой реберной дуги по *l. medioclavicularis*. Пузырные симптомы отрицательные.

Общий анализ крови – в норме.

Общий анализ мочи – в норме.

Маркеры гепатитов (HBsAg, HCVAb) – отрицательные.

Биохимический анализ: АЛТ – 40 Ед/л, АСТ – 35 Ед/л, холестерин – 6,11 ммоль/л, ЛПНП – 4,2 ммоль/л, ТГ – 2,1 ммоль/л, ЛПВП – 1,2 ммоль/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л, билирубин – 18 мкмоль/л, амилаза – 86 Ед/л, ЩФ – 100 Ед/л (N до 105), ГГТП – 42 Ед/л (N до 42).

Копрограмма: нейтральный жир ++, мышечные волокна с поперечной исчерченностью +, йодофильная флора +, непереваренная клетчатка ++.

УЗИ брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, гиперэхогенная, симптом дистального затухания ЭХО-сигнала, холедох не расширен – 4 мм. Желчный пузырь имеет перегиб в области шейки, стенка не утолщена, в просвете 3 камня до 1,5 см в диаметре. Поджелудочная железа 19,5×16×15 мм, однородна, контуры ровные, четкие, эхогенность выше печени.

Вопросы.

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие методы исследования дополнительно необходимо сделать?
4. План лечения.

Ответы.

1. *Основные синдромы:*

– болевой синдром (характер болевого синдрома в животе – связь с погрешностью в диете и усиление после тряски, его острота и интенсивность, данные пальпации живота, эффект от спазмолитической терапии позволяют заподозрить желчнокаменную болезнь – печеночную колику);

– диспептический синдром (горечь во рту, отсутствие аппетита при обострении характерны для патологии желчевыводящих путей. Чередование запоров и кашицеобразного стула может наблюдаться при билиарных расстройствах, а также при дисбиозе кишечника);

– дислипидемический (по данным биохимического анализа крови).

На основании вышеперечисленных синдромов, учитывая данные лабораторных и инструментальных обследований, не вызывает сомнения наличие ЖКБ, осложненной печеночной коликой, нарушением переваривания жиров (стеаторея).

2. *Диагноз больной К.*: ЖКБ III стадии, печеночная колика от 02.01.2018 г. Перегиб шейки желчного пузыря. Дисбиоз кишечника. Ожирение I степени (ИМТ 31 кг/м2). Дислипидемия комбинированная.

3. *Методы дополнительного обследования:*

– посев кала на дисбактериоз, кал на яйца глистов и цисты лямблий;

– ФГДС (для оценки состояния слизистой оболочки желудка, 12-перстной кишки, области большого дуоденального сосочка);

– обзорная рентгенограмма брюшной полости (для выявления кальцинированных конкрементов).

4. *План лечения*: диета № 5, коррекция факторов риска (ожирения, дислипидемии). I ступень – коррекция моторной функции желчного пузыря, мальдигестии жиров:

– селективный спазмолитик (Мебеверина гидрохлорид 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды, 4 недели);

– ферментный препарат (Креон 10 000 Ед 1 капсула 3 р./д., 4 недели).

II ступень – коррекция кишечного дисбиоза:

– кишечный антибиотик (Рифаксимин по 400 мг 3 р./д., 7 дней) – при выявлении в посеве кала роста условно-патогенной флоры;

– пребиотик (Лактулоза по 2,5–5 мл, 200,0 на курс);

– пробиотик (Линекс форте или Бифиформ, Максилак – 4 недели).

III ступень – нормализация реологии желчи и профилактика дальнейшего камнеобразования:

– урсодезоксихолевая кислота по 10 мг/кг 1 раз в день курс – от 3 до 6 месяцев (целесообразно в первые 2 недели комбинировать с Мебеверином)

Пациентке К. необходимо наблюдение и плановая подготовка к лапароскопической холецистэктомии, при развитии второй колики – холецистэктомия, по срочным, но не неотложным показаниям.

Рабочая схема лечебных мероприятий при разных стадиях ЖКБ

1-я группа: больные ЖКБ I и II стадии, в том числе с симптомами ФБР	**2-я группа:** больные ЖКБ III стадии с симптомами хронического панкреатита	**3-я группа:** больные ЖКБ III стадии с симптомами первого и более приступа желчной колики
Общие мероприятия. Лечение сопутствующих заболеваний, вызывающих камнеобразование, по возможности исключение медикаментов (контрацептивы, фибраты, цефалоспорины 3-поколения и др.) и воздействие на факторы риска, инициирующие холелитиаз. **Диета № 5.** Медикаментозная терапия: *1-я ступень – коррекция моторной функции ЖП, ДПК, дуоденальной гипертензии и интрадуоденальной pH:* – эукинетик (Мебеверин 400 мг/сут. внутрь в 2 приема за 20 мин до еды или Гимекромон по 200–400 мг 3 раза в день за 30 мин до еды 2–4 недели); – полиферментный препарат (Креон 10 000 Ед по 1–2 капсулы 3 раза в день во время еды) – 4 недели, затем по 1–2 капсулы в максимальный прием пищи – 4 недели; – по показаниям: антацидный препарат (Маалокс, Гевискон) через 40 мин. после еды 3 раза в день и на ночь до 7 дней; прокинетик (Итоприд, Тремебутин) до 4 недель; *2-я ступень – коррекция кишечного дисбиоза:* – пребиотик (Дюфалак по 2,5–5 мл в день 200–500 мл на курс) в сочетании с пробиотиком до 4 недель; – по показаниям – эубиотик (Рифаксимин 400 мг 3 раза в день с Энтеролом 7 дней); *3-я ступень – нормализация реологии желчи и профилактика дальнейшего камнеобразования:* – урсодезоксихолиевая кислота (УДХК) однократно вечером, с еженедельным повышением дозировки препарата, начиная с 250 мг/сут. до достижения 8–15 мг/кг массы тела в течение 3–6 месяцев; – для профилактики билиарной боли возможна комбинация с Мебеверином или Гимекромоном 2–4 недели. Поддерживающая терапия: УДХК 1–2 раза в год по 1–3 месяца в дозе 4–10 мг/кг массы тела в сутки	**Общие мероприятия.** **Диета № 5п.** **Медикаментозная терапия:** *1-я ступень – коррекция функции поджелудочной железы:* – блокатор желудочной секреции (Рабепразол 40 мг/сут. – внутрь в 2 приема) – 4 недели; – эукинетик (Мебеверин 400 мг/сут внутрь в 2 приема за 20 мин до еды) – 4 недели; – полиферментный препарат (Креон 25 000 Ед по 1–2 капсулы 3 раза в день во время еды) – 4 недели, затем по 1–2 капсулы в максимальный прием пищи – 4 недели; *2-я ступень – коррекция кишечного дисбиоза:* – эубиотик (Уипрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день или Рифаксимин по 400 мг 3 раза в день 7 дней) и пребиотик (Дюфалак по 2,5–5 мл/день, 200–500 мл на курс). По окончании приема эубиотика назначается синбиотик – до 4 недель; *3-я ступень – нормализация реологии желчи и профилактика дальнейшего камнеобразования:* УДХК – доза начинается с 250 мг/сут., далее в течение 3–4 недель доза увеличивается за счет еженедельного повышения дозировки препарата до 10–15 мг/кг массы тела. Препарат принимается однократно вечером в течение 3–6 месяцев. При необходимости возможна комбинация со спазмолитиками (Мебеверином, Гимекромоном). *Поддерживающая терапия:* УДХК 1–2 раза в год по 1–6 месяцев, в дозе 4–10 мг/кг массы тела	**Общие мероприятия.** **Диета** – полный голод. **Госпитализация** по неотложным показаниям в хирургический стационар, где проводится адекватное консервативное, а при неэффективности – оперативное лечение. При успешном консервативном лечении колики пациенты ведутся как больные 2 группы. Больным 3-й и 2-й группы после проведения трех ступеней медикаментозного лечения, при наличии показаний проводится плановая лапароскопическая холецистэктомия. В послеоперационном периоде на этапе Диеты-0, с момента разрешения пациенту приема внутрь жидкости, назначается **медикаментозная терапия:** – Мебеверин 400 мг/сут. внутрь в 2 приема за 20 мин до еды, до 4 недель; – Креон 10 000 Ед по 1–2 капсулы 3 раза вдень 4 недели, затем по 1–2 капсулы в максимальный прием пищи 1 раз в день и по требованию – 4 недели; – через 4–8 недель больному назначается УДХК по 5–10 мг/кг массы тела. Препарат принимается однократно вечером в течение 1–6 месяцев; *поддерживающая терапия:* УДХК 1–2 раза в год по 1–6 месяцев в дозе 4–10 мг/кг массы тела в сутки; *диспансерное динамическое наблюдение* за больными, перенесшими холецистэктомию, проводится в течение 12 месяцев и направлено на профилактику или своевременную диагностику рецидивов ЖКБ, заболеваний органов гепато-дуодено-панкреатической системы

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. *Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л.* Гастроэнтерология: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 700 с.
2. *Ивашкин В. Т., Маев И. В., Баранская Е. К. и др.* Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2016. – № 3. – С. 64–80.
3. *Ильченко А. А.* Болезни желчного пузыря и желчных путей: рук-во для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Мед. информ. аг-во, 2011. – 880 с.
4. Клинические рекомендации EASL по профилактике, диагностике и лечению ЖКБ // Journal of Hepatology. – 2016. – Vol. 65. – P. 146–181.
5. *Лейшнер У.* Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. – М.: ГЭОТАР – Медицина, 2001. – 264 с.
6. *Cotton P. B., Elta G. H., Carter C. R. et al.* Rome IV. Gallbladder and Sphincter of Oddi Disorders // Gastroenterology. – 2016. – 19 feb. – pii: S0016-5085(16)00224-9.

Подписано в печать 14.06.18. Усл. печ. л. 2
Формат 60×84 1/16. Тираж 200 экз. Заказ № 147.
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.
РИЦ ПСПбГМУ