

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 г. ИРКУТСКА»
ИРКУТСКОЕ ОБЩЕСТВО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ВЫСТАВОЧНЫЙ КОМПЛЕКС «СИБЭКСПОЦЕНТР»**

**ЖЁЛЧНОКАМЕННАЯ
БОЛЕЗНЬ И ДРУГИЕ
НАРУШЕНИЯ
БИЛИАРНОГО ТРАКТА**

Материалы научно-практической
конференции для врачей,
прошедшей в рамках Международной выставки
«СИБЗДРАВООХРАНЕНИЕ -2006»

Иркутск

2006

Хофитол – лекарственный препарат растительного происхождения. Представляет собой экстракт сока свежих листьев артишока полевого. Хофитол обладает следующими действиями:

- гепатопротекторным
- антиоксидативным
- антитоксическим
- желчегонным
- гипоазотемическим
- диуретическим



Назначается:

- при хронических заболеваниях печени различной этиологии (в т.ч. циррозе печени в стадии декомпенсации),
- при почечно-клеточной недостаточности,
- больным с хроническим бескаменным холециститом и гипокинезией желчных путей,
- больным после холецистэктомии с формированием хронической билиарной недостаточности,
- больным с холестазом, в том числе развивающимся во время беременности,
- при гиперхолестеринемии,
- больным с токсическим повреждением печени (в т.ч. лекарственным),
- при гастродуоденитах,
- при нарушениях липидного обмена,
- при токсикозах и гестозах беременных.



Жёлчнокаменная болезнь. Иркутск, 2006

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 г. ИРКУТСКА»
ИРКУТСКОЕ ОБЩЕСТВО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ВЫСТАВОЧНЫЙ КОМПЛЕКС «СИБЭКСПОЦЕНТР»**

ЖЁЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Материалы научно-практической конференции для врачей,
прошедшей в рамках Международной выставки
«СИБЗДРАВООХРАНЕНИЕ -2006»

Под редакцией А.Н. Калягина.

Иркутск

2006

УДК 616.361

ББК 54.13

Ж 50

Авторский коллектив:

- **Калягин А.Н.** – к.м.н., доц. кафедры пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета, заместитель главного врача МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска», проф. Российской академии естествознания (редактор);
- **Аснер Т.В.** – к.м.н., доц. кафедры пропедевтики внутренних болезней ИГМУ;
- **Казакова Р.В.** – врач-гастроэнтеролог МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска»;
- **Онучина Е.В.** – к.м.н., асс. каф. пропедевтики внутренних болезней ИГМУ;
- **Поблинкова Е.И.** – к.м.н., доц. каф. пропедевтики внутренних болезней ИГМУ;
- **Пошкайте И.А.** - врач-гастроэнтеролог МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска»;
- **Рожанский А.А.** – зав. гастроэнтерологическим отделением МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска»,
- **Щербатых Е.В.** - асс. каф. пропедевтики внутренних болезней ИГМУ.

Ж 50 Жёлчнокаменная болезнь и другие нарушения билиарного тракта: Материалы научно-практической конференции для врачей, прошедшей в рамках Международной выставки «Сибздоровоохранение-2006». / Под ред. А.Н. Калягина. – Иркутск: Иркутский государственный медицинский университет, 2006. – 47 с.

В сборнике представлены современные сведения о жёлчнокаменной болезни и других нарушениях билиарного тракта, основанные на собственных данных и опыте мировой медицины. Сборник рассчитан на практических врачей, терапевтов, гастроэнтерологов, хирургов, онкологов, которые регулярно сталкиваются с проблемами ведения больных с этими заболеваниями, может быть интересен студентам, интернам, клиническим ординаторам, аспирантам медицинских ВУЗов.

ББК 54.13

© Коллектив авторов, 2006

© Иркутский государственный медицинский университет, 2006

«...частота обнаружения жёлчных камней в популяции составляет 10-15%, в связи с чем жёлчнокаменную болезнь относят к числу наиболее распространённых, после заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета, болезней населения экономически развитых стран»
Ульрих Лейшнер

ПРЕДИСЛОВИЕ РЕДАКТОРА СБОРНИКА

Глубокоуважаемые коллеги!

Жёлчнокаменная болезнь¹ – это широко распространённая патология, доставляющая и врачам, и пациентам массу неприятностей.

До настоящего времени ведутся активные, энергичные споры о тактике ведения данного заболевания. Что избрать: консервативное ведение или оперативную коррекцию. Этим спорам нет конца и они становятся всё более горячими.

Практический врач должен иметь собственный взгляд на положение дел в этом вопросе, потому мы – авторы и редактор сборника собрали все необходимые материалы для взвешенной оценки ситуации.

Здесь вы найдёте информацию о наших собственных взглядах на различные аспекты проблемы жёлчнокаменной болезни, национальные согласительные документы по этому вопросу, а также сведения о некоторых других заболеваниях билиарного тракта и о применении современных лекарственных препаратов. Коллектив кафедры и клиники пропедевтики внутренних болезней собрал и апробировал рекомендации по коррекции образа жизни, улучшению здоровья больных, страдающих этой патологией.

Данное издание является закономерным продолжением сборника, посвящённого гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, который был выпущен нами в 2004 году и завоевал заслуженную популярность среди врачей разных специальностей: гастроэнтерологов, терапевтов, кардиологов, пульмонологов и др.

От лица всего авторского коллектива выражаю надежду, что новое издание из серии сборников, выходящих в рамках Международной выставки «Сибздравоохранение», послужат хорошей основой для оптимального ведения больных с гастроэнтерологической патологией.

Успехов Вам на трудной дороге врачевания!

¹ Здесь и далее написание «жёлчнокаменная» будет осуществляться через литеру «ё» в соответствии с нормами российской словесности (редактор).

ЖЁЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Т.В. Аснер

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев) ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава

Жёлчнокаменная болезнь (ЖКБ, холелитиаз) – полиэтиологическое заболевание, характеризующееся образованием камней в жёлчевыводящих путях, жёлчном пузыре (холецистолитиаз), в протоках (холедохолитиаз) [1].

Заболевание это известно с древних времен. Первое упоминание о ЖКБ относится к глубокой древности, когда еще основоположники медицинской науки Гален, Везалий обнаруживали жёлчные камни при вскрытии трупов.

До недавнего времени это заболевание считали проблемой хирургической – по числу холецистэктомий оно выходило на 2-ое место в мире после аппендэктомии [5]. В настоящее время ЖКБ выходит далеко за рамки проблемы медицинской и становится также социальной проблемой. Её тяжелое течение нередко приводит к серьезным осложнениям, к нарушению активной деятельности пациента в наиболее работоспособном возрасте [3].

ЖКБ является широко распространенным заболеванием. Так, в России распространенность ЖКБ колеблется от 3% до 12% [4]. В целом частота её в популяции в отдельных годах в России в последние годы увеличивается в возрасте от 1 года до 70 лет; среди женщин она выше примерно в 1,8 раз, чем среди мужчин [11]. По другим исследованиям [9] в этой же возрастной группе женщины болеют в среднем в 2,1 раза чаще, чем мужчины.

Данные отдельных эпидемиологических исследований, проводимых в городах России, не отображают полностью распространенности ЖКБ в нашей стране. Связано это с тем, что официальной статистики распространения ЖКБ не ведется [7], так как по статистической отчетности она входит в рубрики МКБ-10 K80-83 (заболевания жёлчного пузыря и жёлчевыводящих путей). В целом, учитывая все заболевания рубрики, отмечается рост указанной патологии. В то же время, по другим нозологическим формам роста заболеваемости не отмечается; в связи с этим можно говорить о росте заболеваемости ЖКБ в общей структуре билиарной патологии. Так по данным официальной статистики в Москве распространенность билиарной патологии на 100 000 жителей за 10 лет (1993-2003 гг.) увеличилась почти в 1,5 раза. По-видимому в ближайшие годы возможно ожидать дальнейший рост заболеваемости ЖКБ.

По данным обширных эпидемиологических исследований, проведенных в последние годы, частота ЖКБ в развитых странах составляет 10-15% среди взрослого населения [5]. Зарубежные эпидемиологические исследования, проведенные в последнее десятилетие, показали, что жёлчные камни выявляются у 20-40% лиц старше 60 лет [19].

Распространенность ЖКБ в популяции тесно связана с полом. Известно, что женский пол является одним из пяти основных факторов риска [11], так называемых пяти F (Female, Forty, Fertile, Fair, Fat).

С.А. Курилович и соавт. (2000) [6] проведено исследование распространенности ЖКБ в женской популяции г. Новосибирска. При этом выявлено, что стандартизированная по возрасту распространенность ее среди женщин 25-64 лет по данным ультрасонографии составляет 9,5%. Эти данные сопоставимы с показателями в частоты популяциях Уэльса, Рима, Копенгагена и существенно ниже, чем в Англии, Северной Италии и Норвегии.

Связь ЖКБ с полом тесно коррелирует с возрастом. Нарастание соотношения частоты ее у женщин и мужчин начинается со времени полового созревания и достигает пика к 50 годам. В различных странах соотношение между мужчинами и женщинами неоднозначно. Так в России оно составляет 5:1 [11], в Испании - 4:1 [15], в Швеции - 1,7:1 [20].

В исследованиях американских авторов [17] выяснено, что пик различия в заболевании ЖКБ между женщинами и мужчинами приходится на возраст 30 -39 лет и составляет 8:1; после 60 лет снижается до 1,9:1.

Жёлчнокаменная болезнь является нередким заболеванием и у детей. В детском возрасте - это наследственно детерминированное заболевание печени и жёлчевыводящих путей, в основе которого лежит нарушение процессов жёлчеобразования и жёлчеотделения. Она встречается у 0,1-1,0% детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта [13]. Наследственная предрасположенность выявляется у 95% детей, страдающих ЖКБ и связана она с антигенами гистосовместимости II класса В₁₂ и В₁₈.

Проблема ЖКБ заключается в том, что её длительное бессистемное течение создает определенные трудности ранней диагностики. В настоящее время до конца не решен вопрос: к какого рода проблеме относить ее – хирургической или терапевтической. Так, известно высказывание хирурга С. П.Федорова о том, что холелитиаз (жёлчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит) является патологией пограничной, "поворачивающейся" попеременно то к терапевту, то к хирургу.

Сложные патогенетические "взаимоотношения" формирующиеся между органами и системами при ЖКБ, заключается в том, что при этом в процесс вовлекаются не только билиарный тракт, но и поджелудочная железа и органы гастродуоденальной зоны [12]. Изменения начинаются уже на стадии функциональных нарушений со стороны жёлчного пузыря и сфинктерного аппарата жёлчных путей и усугубляются, когда формируется билиарный сладж [5, 7]. Максимальное развитие они получают при формировании желчных камней. Клинические проявления, сопровождающие указанные патоморфологические изменения, длительность их протекания, несомненно ухудшают качество жизни больного. Особый отпечаток на течение болезни накладывает хроническая билиарная недостаточность, приводящая к избыточному росту бактерий и преждевременной деконъюгации жёлчных кислот, которые повреждают слизистую тонкой и даже толстой кишки. Воспалительный процесс в слизистой тонкой кишки приводит к нарушениям энтерогапатической циркуляции жёлчных кислот, при этом билиарная недостаточность усугубляется.

В связи с вышесказанным встает вопрос о наиболее ранней диагностике ЖКБ. В настоящее время накопленный клинический опыт в отделении патологии желчных путей ЦНИИ гастроэнтерологии позволяет предложить вариант классификации ЖКБ, в которой выделено 4 стадии [5]:

I - начальная стадия, предкаменная, в которой можно выделить предстadium формирования густой неоднородной желчи (А) и формирование билиарного сладжа (Б);

II стадия - формирование желчных камней;

III стадия - хронический рецидивирующий калькулезный холецистит;

IV стадия - стадия осложнений.

Целесообразность данной классификации объясняется тем, что на ранней стадии процесс обратим [5, 18]. При этом современная ультразвуковая техника позволяет диагностировать заболевание уже на I стадии, а своевременная терапия в этой стадии позволяет ликвидировать макроскопические изменения в структуре желчи [5]. Выделение II стадии и диагностика ее принципиальны, так как при этом следует решать вопрос о консервативной терапии или показаниях к оперативному вмешательству.

В процессе ведения больного с ЖКБ перед врачом встает вопрос: "оперировать или не оперировать?". Ответ на него неоднозначен. По мнению некоторых хирургов плановая холецистэктомия ведет к значительному улучшению отдаленных результатов и существенно повышает качество жизни больного. В то же время опыт показывает, что у 15-40% пациентов сохраняются клинические симптомы после оперативного вмешательства [5, 7]. Подобный симптомокомплекс принято обозначать как постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Наличие его после операции значительно снижает качество жизни пациентов и не избавляет их от постоянного обращения к врачу, лечения, соблюдения диеты и т.д. Кроме того, в ходе операции всегда имеет место риск неудовлетворительных исходов в результате тактических ошибок и погрешностей [2].

Возникновение ПХЭС обусловлено билиарной недостаточностью, которая сформировалась в процессе предшествующего периода камнеобразования, степень ее зависит от уровня дефицита желчных кислот. Даже спустя 10 лет после холецистэктомии сохраняются симптомы билиарной недостаточности. Это свидетельствует против утверждения некоторых авторов о том, что холецистэктомия решает все проблемы ЖКБ и больные не нуждаются в дальнейшем лечении [12]. Существует даже мнение, что у значительной части больных после холецистэктомии снижается качество жизни и это приводит к снижению адаптации в различных ее сферах [7]. Существует мнение [16], что у пациентов, переживших холецистэктомию, существует повышенный риск развития проксимальной аденокарциомы кишечника, который сохраняется до 33 лет. Объясняется это тем, что после холецистэктомии конъюгированные первичные желчные кислоты в большей степени подвергаются воздействию анаэробной кишечной микрофлоры, что может приводить к увеличению образования канцерогенов.

У ряда больных ЖКБ может протекать без выраженных клинических проявлений (латентное течение). В то же время такое мнимое благополучие редко превышает 10-12 лет [7], подтверждая мнение У. Мейо, что "безвредный жёлчный камень - это миф" [7]. Нередко такое течение приводит к тяжёлым осложнениям у пожилых больных и операция проводится по жизненным показаниям. По данным Л.Б. Лазебника и соавт. (2005) количество таких пациентов нарастает от 5% в возрасте 50 - 59 лет до 39% в возрасте старше 70 лет.

Таким образом, до настоящего времени существует много неясных и нерешенных вопросов, связанных с ЖКБ, решение которых заключается в разработке и реализации следующих направлений: проведение эпидемиологических исследований по распространенности ЖКБ, разработка методов ранней диагностики, адекватная терапия на основе четких показаний к консервативному или оперативному лечению, наблюдение за больными ЖКБ и за пациентами группы риска [7].

Литература:

1. Бурков С.Г., Гребенев А.Л. Желчнокаменная болезнь (эпидемиология, патогенез, клиника). // Руководство по гастроэнтерологии. / Под ред. Ф.И. Комарова. – В 3 т.: Т. 3: Болезни печени и билиарной системы. - М: Медицина, 1995. – С. 417-442.
2. Бурков С.Г. О последствиях холецистэктомии или постхолецистэктомическом синдроме. // Consilium Medicum. – 2004. – №1. прил. Гастроэнтерология. – С. 24-28.
3. Галкин В.А. Современные представления о патогенезе холелитиаза как основа принципов профилактики билиарной патологии. // Тер. Архив. – 2003. - №1. – С. 6-9.
4. Елисеенко А.В., Куделькин Н.А. Желчно-каменная болезнь и факторы риска (клинико-эпидемиологическое исследование). // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002. – Т. 5. №12. – С. 98.
5. Ильченко А.А. Классификация желчно-каменной болезни. // Тер. Архив. – 2004. - №2. – С. 75-78.
6. Курилович С.А., Решетников О.В., Шахматов С.Г. и др. Распространенность и факторы риска развития желчнокаменной болезни в женской популяции Новосибирска. // Тер. Архив. – 2000. – №2. – С. 21-26.
7. Лазебник Л.Б., Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. Пути решения проблемы. // Тер. Архив. – 2005. - №2. – С. 3-10
8. Лемешко З.А. Частота желчно-каменной болезни у лиц, занятых научным и творческим трудом. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002. – Т. 5. №12. – С. 101.
9. Максимов В.А., Цицеров В.И., Чернышов А. Л. и др. Распространенность холелитиаза по данным ультразвукового исследования желчевыводящей системы. // Практикующий врач. – 1998. -№13. – С. 27-28.
10. Максимов В.А., Чернышев А.Л., Бутин С.Е. и др. Билиарная недостаточность. Материалы IV съезда Научного общества гастроэнтерологов России, Москва, 3 -6 февраля 2004. // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2004. - №1. – С. 61.

11. Никитин Ю.П., Григорьева И.Н. Женские половые гормоны и некоторые другие факторы в патогенезе желчно-каменной болезни. // Тер. Архив. – 2005. – №2. – С. 89-92.
12. Петухов В.А., Туркин П.Ю. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы при желчно-каменной болезни: этиопатогенез, диагностика и принципы лечения. // Рус. Мед. журн. – 2002. – Т. 10. №4. – С. 167-171.
13. Харитонов Л.А. Желчнокаменная болезнь у детей. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. - №1. – С. 61-70.
14. Diehl A.K. Epidemiology and natural history of gallstone disease. // Gastroent. Clin. N. Am. – 1991. – Vol. 20(1). – P. 1-19.
15. Devesa F., Borghol A., Femenia J., et al. Prevalencia de la enfermedad coledoclitiasica en EI Real-gandia. // Gastroenterol. Hepatol. – 1997. – Vol. 20(8). – P. 398-406.
16. Lagergen J., YeW., Ekbom A. Intestinal cancer after cholecistectomy: is bile involved in carcinogenesis. // Gastroenterology. – 2001. – Vol. 121. – P. 542-547.
17. Friedman G.D., Kannel W. B., Dawber T.R. The epidemiology of gollbladder disesse: Observations in the Framingham Study. // J. Cron Dis. – 1966. – Vol. 19. – P. 273-292.
18. Lee S., Maher K., Nicholls J.F., et al. Origin and fate of biliary studge. // Gastroenterology. – 1988. – Vol. 94(1). – P. 170-176.
19. Loria P., Dilengite M. A., Bozzoli M., et al. // Eur. J. Epidemiol. – 1994. – Vol. 10. – P. 143-150.
20. Mahrbreck J., Fhberg J., Prevalence of gallstone disease in a Swedish population. // Scand. J. Gastroenterology. – 1995. – Vol. 30(11). – P. 1125-1128.

ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ЖЁЛЧЕОБРАЗОВАНИЯ.

Е.И. Поблинкова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев) ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава

Жёлчеобразование и жёлчевыделение являются сложными физиологическими механизмами, имеющими гормональные и рефлекторные пути регуляции. Жёлчь синтезируется гепатоцитами в суточном количестве от 250 до 1000 мл. В межпищеварительный период до 90% печёночной жёлчи поступает в жёлчный пузырь, который концентрирует её до 10 кратной величины за счёт всасывания воды и электролитов. Так из 500 мл печёночной жёлчи образуется 50 мл пузырьной.

Компоненты пузырьной жёлчи [7,9,10] – это около 80% воды, электролиты (K^+ , Na^+), 0,7-1,6% холестерина, 0,1-0,6% билирубина, 12% первичные жёлчные кислоты (холевая, хенодеоксихолевая), фосфолипиды (из них 4% - лецитин), которые формируют ядро смешанных мицелл жёлчи, глутатион, индуктор независимого от жёлчных кислот жёлчеобразования.

Иммуноглобулины А и М обладают бактериостатическим действием. Слизь (муцин) предупреждает адгезию бактерий к слизистой оболочке билиарного тракта.

Приём пищи посредством нейроэндокринных влияний вызывает опорожнение жёлчного пузыря более, чем на 75% первоначального объёма.

Ведущая роль в регуляции жёлчевыведения принадлежит гастроинтестинальным гормонам – холецистокинину и секретину. Холецистокинин секретруется эндокринными клетками двенадцатиперстной кишки. Его основными эффектами являются сокращение жёлчного пузыря, релаксация сфинктера Одди, снижение давления в билиарной системе (норма 15-20 мм водного столба). При повышении давления в жёлчных протоках секреция жёлчи и её выброс снижаются. В клетках жёлчного пузыря вырабатывается гормон-антагонист - антихолецистокинин. Продукцию холецистокинина стимулируют жиры, жирные кислоты, белки, холинэргические гормоны.

Стимулируют сократительную функцию жёлчного пузыря мотилин, ацетилхолин (вагусное парасимпатическое влияние).

Секретин стимулирует секрецию воды, электролитов, бикарбонатов эпителиальных и панкреатических протоков. Секретин потенцирует эффекты холецистокинина. Основными его стимуляторами являются: соляная кислота, жиры, жёлчные кислоты.

Клиническое значение физико-химических свойств жёлчи.

В физиологических условиях все компоненты жёлчи находятся во взвешенном состоянии. Холестерин не растворим в воде и выводится из организма в виде мицелл. Мицеллы – это холестерин, соединённый с жёлчными кислотами и лецитином (фосфолипидами) в соотношении 10 молекул холестерина, 60 молекул жёлчных кислот, 30 молекул лецитина. Мицеллы удерживают холестерин в стабильном состоянии. Такое состояние бывает при низком индексе насыщения холестерином. Высокий индекс насыщения холестерином отмечается при переполнении жёлчи холестерином или при снижении концентрации жёлчных кислот.

При высоком индексе насыщения холестерином весь холестерин не может быть транспортрирован в виде смешанных мицелл. Его избыток транспортируется в фосфолипидных пузырьках (везикулах), которые являются нестабильными. Из них холестерин легко агрегируется и осаждаётся в виде кристаллов моногидрата холестерина, создавая основу формирования билиарного сладжа. В состав билиарных сладжей могут входить соли кальция: билирубинат кальция, карбонат и фосфат кальция.

Удержание холестерина жёлчи в растворённом состоянии во многом зависит от отношения жёлчные кислоты/холестерин (так называемый холатохолестериновый индекс). Холато-холестериновый индекс в нормальной жёлчи равен 25,5, что обеспечивает нормальное физико-химическое коллоидное состояние жёлчи [7].

С физико-химической точки зрения в основе формирования нормальной жёлчи лежат:

1. Законы, определяющие стабильность коллоидной среды;
2. Законы поверхностной активности;
3. Законы растворимости и перенасыщения.

В основе механизмов камнеобразования лежат факторы, ведущие к нарушению стабильности жёлчеобразования. Из них наиболее известны:

1. Нарушения обмена холестерина, билирубина, кальция;

2. Нарушения моторики жёлчевыводящих путей, способствующие задержке или застою жёлчи в жёлчном пузыре.
3. Инфекции печени и жёлчевыводящих путей.

Патогенез жёлчнокаменной болезни.

Формирование камней в жёлчном пузыре происходит в несколько стадий [2, 10]:

I стадия, начальная или предкаменная. Во время неё формируется первоначально густая неоднородная жёлчь, а позднее билиарный сладж. Термином билиарный сладж обозначают любую неоднородную жёлчь, выявляемую при эхографическом исследовании. Выделяют следующие виды билиарных сладжей:

1. Микролитиаз в виде точечных, единичных или множественных гиперэхогенных образований,
2. Эхонеоднородная жёлчь с наличием сгустков различной плотности, смещаемых, не дающих акустической тени,
3. Сочетание густой замазкообразной жёлчи с микролитами.

II стадия жёлчнокаменной болезни, характеризуется формированием жёлчных камней в жёлчном пузыре, в общем жёлчном протоке, в печёночных протоках.

Одним из важных аргументов, позволяющих расценивать билиарный сладж, как начальную стадию формирования жёлчных камней является тот факт, что со временем у 8-20% больных с билиарным сладжем образуются конкременты. В 30-60% случаев наблюдается персистенция билиарных сладжей, когда они исчезают и появляются вновь.

Известны три основных типа жёлчных камней, встречающихся у человека [10]:

1. Холестериновые камни, которые содержат более 50% от массы камня холестерина, оно могут быть гомогенно кальцифицированы или иметь кальцифицированную оболочку. Цвет их серо-белый. Образуются преимущественно в жёлчном пузыре. Образованию этих камней способствуют следующие факторы: 1) повышенная секреция холестерина в жёлчь, снижение уровня печёночного синтеза жёлчных кислот, высокий индекс насыщения жёлчи холестерином за счёт снижения возможности его растворения с помощью мицелл, состоящих из жёлчных кислот и фосфолипидов; 2) повышение продукции муцина в жёлчном пузыре (этот нуклеопротеид способствует нуклеации холестерина в перенасыщенной жёлчи); 3) снижение сократительной функции жёлчного пузыря, дискинезии жёлчевыводящих путей, способствующие задержке жёлчи и повышению её концентрации в жёлчном пузыре.
2. Чёрные пигментные камни содержат в своём составе полимеры неконъюгированного билирубина, дипиролон, муцин. Образуются при нарушении пигментного обмена с типичной локализацией в жёлчном пузыре, реже – в протоках. Превышение концентрации в жёлчи свободного плохо растворимого билирубина наблюдается в основном при гемолитических анемиях. Образованию пигментных камней способствуют воспалительные про-

цессы с избыточной продукцией слизи, что создаёт механическую основу для формирования камня, в которую затем встраиваются полисахариды, муцин, соли кальция.

3. Коричневые пигментные камни содержат преимущественно билирубинат кальция, имеют землисто-коричневый цвет, легко крошатся. Образуются преимущественно в жёлчных протоках после операций на билиарном тракте и при наличии инфекции, когда бактерии выделяют ферменты, превращающие конъюгированный билирубин в нерастворимую неконъюгированную форму.

Наибольшее распространение имеют холестериновые камни, которые встречаются у 80-90% больных жёлчнокаменной болезнью в Европейской популяции.

В литературе [1, 3, 4, 5, 6, 7] широко рассматриваются различные патогенетические факторы, возникновения и прогрессирования жёлчнокаменной болезни. Их условно можно подразделить на факторы, приводящие к метаболическим нарушениям процесса жёлчеобразования, и на факторы, способствующие нарушению процессов жёлчевыделения.

Таблица 1.

Патогенетические факторы жёлчнокаменной болезни.

Нарушения липидного и пигментного обменов	
Нарушение метаболизма жёлчи	Изменения физико-химических свойств жёлчи, её коллоидной структуры
Способствуют этому процессу факторы:	
Гепатогенные: <ul style="list-style-type: none">• Гиперсекреция холестерина,• Снижение синтеза и количества жёлчных кислот,• Повышение индекса насыщения жёлчи холестерином,• Повышение индекса насыщения жёлчи билирубином.	Цистогенные: <ul style="list-style-type: none">• Воспалительные изменения стенки жёлчного пузыря,• Повышение продукции муцина,• Холестероз стенок жёлчного пузыря,• Снижение сократительной функции жёлчного пузыря,• Дискинезии жёлчевыводящих путей, приводящие к повышению давления жёлчи и задержке опорожнения жёлчного пузыря.

Литература:

1. Белоусова Е.А. Причины, механизмы и методы терапии абдоминальной боли и нарушения пищеварения при билиарной дисфункции. // Фарматека. – 2004. - №13. – С. 1-7.
2. Ильченко А.А., Делюкина О.В. Клиническое значение билиарного сладжа. // Consilium medicum. – 2005. – Вып. 5. – С. 28-32.

3. Лоранская И.Д., Вишневская В.В. Изучение моторной функции жёлчевыводящих путей и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта. // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.7. №1. – С. 1-8.
4. Майер В.Ф. Холестатические заболевания печени: Руководство для врачей. – М., 2004. – С. 62-78.
5. Максимов В.А. Современный взгляд на процессы жёлчеобразования. // Consilium medicum. – 2004. – Экстравыпуск. – С. 4-6.
6. Окороков А.Н. Диагностика заболеваний внутренних органов: Руководство для врачей. – В 4т. Т.1. - М.: Медицинская литература, 1999. – 560 с.
7. Петухов В.В. Жёлчнокаменная болезнь и метаболические функции печени. // Consilium medicum. – 2005. – Экстравыпуск. – С. 12-14.
8. Шварц Л.С. Жёлчнокаменная болезнь: Руководство для врачей. / Под ред. Е.М. Тареева. – М., 1965. – С. 543-553.
9. Яковенко Э.П. Жёлчегонные препараты в клинической практике. // Consilium medicum. – 2003. – Вып. 2. – С. 21-27.
10. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Функциональные заболевания жёлчных путей. // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.7. №1. – С. 43-50.

ВЫЯВЛЯЕМ ФАКТОРЫ РИСКА ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Е.И. Поблинкова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев) ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава

Важной частью работы врача-терапевта является активное выявление факторов риска развития жёлчнокаменной болезни (ЖКБ).

Нарушения обмена холестерина.

Нарушения обмена холестерина приводят к избыточному синтезу холестерина в печени и повышенному выделению его с жёлчью. К этой категории факторов риска относятся заболевания с нарушением обмена липидов, сопровождающиеся гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией:

- Атеросклероз;
- Гиперлипидемия IIa, IIb, III, IV типов;
- Ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м², абдоминальный тип ожирения);
- Сахарный диабет, при котором усиливается липолиз в жировой ткани с повышенным содержанием в крови холестерина и жирных кислот;
- На обмен липидов оказывает влияние характер питания с употреблением в пищу большого количества животных жиров и холестерина.

Нарушения обмена жёлчных кислот.

Нарушение обмена жёлчных кислот приводит к снижению синтеза жёлчных кислот в печени и снижению их содержания в жёлчи. К этим факторам риска относятся [1, 2]:

- Хронические заболевания печени (гепатиты, циррозы печени), при которых страдает синтетическая функция печени. Снижается образование печенью жёлчных кислот, что приводит к снижению холатеринемического индекса и, следовательно, повышению литогенных свойств жёлчи;

- Хронические воспалительные заболевания толстого и тонкого кишечника, приводящие к нарушению образования и всасывания вторичных жёлчных кислот, снижению энтерогапатической циркуляции (синдром мальабсорбции, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, резекция отделов кишечника, целиакия).

Факторы риска, способствующие снижению сократительной функции жёлчного пузыря и нарушению оттока жёлчи в двенадцатиперстную кишку.

В соответствии с Римскими критериями последней редакции гипомоторные дисфункции жёлчного пузыря делятся на первичные и вторичные [1, 3, 4]:

1. К первичным дисфункциям относятся:

- Врождённая патология гладкомышечных волокон жёлчного пузыря;
- Нарушения нейрогормональной регуляции моторной функции жёлчного пузыря: снижение чувствительности к стимулирующим нейрогормональным воздействиям (ацетилхолин, мотилин и др.).

2. К вторичным дисфункциям относятся:

- Избыточное выделение гормонов, вызывающих расслабление жёлчного пузыря: эстрогены при беременности, гормональные контрацептивы, лечение гормональными препаратами (соматастатин, простагландины и др.);
- Дискинезии сфинктера Одди, приводящие к нарушению оттока жёлчи из жёлчного пузыря и повышению давления в жёлчных протоках (заболевания двенадцатиперстной кишки, приводящие к спазму сфинктера Одди), заболевания фатерова соска (папиллит, стриктура);
- Хронические холециститы, приводящие к уплотнению, склерозу или атрофии стенки жёлчного пузыря с нарушением его сократимости.

Довольно часто имеет место сочетание целого ряда факторов риска у одного больного, что увеличивает предрасположенность к возникновению ЖКБ [2, 4].

Риск развития ЖКБ увеличивается с возрастом, чем старше возраст, тем чаще встречается заболевание. Наиболее рискованным является возраст старше 40 лет. В этой категории уже часто встречаются нарушения жирового обмена, атеросклероз, сахарный диабет, ожирение, гипомоторные дискинезии жёлчного пузыря и жёлчевыводящих путей.

У женщин камни жёлчного пузыря возникают в 3-4 раза чаще, чем у мужчин. Этому способствуют многие благоприятные для ЖКБ факторы: применение пероральных контрацептивов, повышенное содержание эстрогенов в крови беременных женщин, наличие застоя жёлчи в жёлчном пузыре за счёт увеличения матки и повышения внутрибрюшного давления, что меняет положение жёлчного пузыря. Так же имеются литературные данные о том, что в последние месяцы беременности и в первое время после родов у женщин нарушается липидный обмен с повышением уровня холестерина крови. Благоприятствуют развитию ЖКБ особенности женской одежды, стягивающие верхнюю часть живота и нарушающие опорожнение жёлчного пузыря. Вероятность возникновения ЖКБ у женщин, по аналогии с мужчинами, уве-

личивается при ожирении, употреблении в пищу продуктов с высоким содержанием холестерина.

У части больных нельзя исключить наследственную предрасположенность к ЖКБ. Риск образования камней повышается в 2-4 раза у людей, родственники которых страдают ЖКБ. К факторам, которые передаются по наследству можно отнести особенности обмена веществ и нейроэндокринной регуляции функций жёлчевыводящих путей. Наследственной передаче возникновения камней в жёлчных путях способствуют такие патологические состояния как атеросклероз, сахарный диабет и те формы ожирения, при которых нарушается холестериновый обмен. ЖКБ у лиц с наследственной предрасположенностью может проявляться в детском и юношеском возрасте. Описаны семейные формы заболевания холестерозом.

Литература:

1. Максимов В.А. Современный взгляд на процессы жёлчеобразования. // *Consilium medicum*. – 2004. – Экстравыпуск. – С. 4-6.
2. Петухов В.В. Жёлчнокаменная болезнь и метаболические функции печени. // *Consilium medicum*. – 2005. – Экстравыпуск. – С. 12-14.
3. Шварц Л.С. Жёлчнокаменная болезнь: Руководство для врачей. / Под ред. Е.М. Тареева. – М., 1965. – С. 543-553.
4. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Функциональные заболевания жёлчных путей. // *Русский медицинский журнал*. – 2005. – Т.7. №1. – С. 43-50.

ЛЕГКО ЛИ ОПИСАТЬ КЛИНИКУ ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ?

Е.В. Щербатых, А.Н. Калягин

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев) ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава, МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска» (гл. врач – Л.А. Павлюк)

По свидетельству У. Лейшнера (2001) частота обнаружения жёлчных камней в популяции составляет 10-15%, в связи с чем жёлчнокаменная болезнь (ЖКБ) относят к числу наиболее распространённых, после заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета, болезней населения экономически развитых стран [2]. Клинические проявления заболевания имеют тесную связь с локализацией жёлчных камней, их размером, активностью воспалительного процесса в жёлчном пузыре, состоянием жёлчевыводящей системы [1].

У 60-80% больных ЖКБ клинические симптомы ЖКБ не выявляются, это группа бессимптомных камненосителей. Ежегодный риск возникновения клинических признаков ЖКБ у этой категории составляет около 1-4%, причём через 5 лет течения заболевания колики могут появляться у 20% больных, через 20 лет – у 15%, через 15 лет – у 18% [4].

В настоящее время выделяется три ключевых варианта клинической картины ЖКБ: 1) болевой приступообразный, 2) болевой торпидный, 3) диспепсический вариант.

Болевой приступообразный вариант характеризуется яркой и классической клинической картиной, которая получила название приступа жёлчной колики.

Жёлчная (билиарная) колика (менее правильный, но применяющийся термин, - печёночная колика) – это резкая, интенсивная боль режущего, колющего или раздирающего характера в правом подреберье, которая иррадиирует под правую лопатку, в правое плечо, челюсть и ключицу [3]. Выделяют следующие критерии диагностики приступа жёлчной колики [2]:

- Сильные боли, которые продолжаются от 15 мин до 5 часов,
- Локализация в эпигастральной области, правом подреберье, иногда иррадиация в спину,
- Больной нуждается в постельном режиме и применении лекарственных препаратов,
- Боли возникают чаще всего вечером или ночью,
- Боли рецидивируют с различными интервалами.

Факторами, провоцирующими развитие колики, обычно называют диетические погрешности (употребление жирной, жареной, пряной пищи, алкоголя), психо-эмоциональное напряжение, физические перегрузки, работа в наклонном положении, тряская езда, неблагоприятные метеорологические условия, менструации у женщин [1,3]. Наиболее выраженные боли возникают при наличии мелких камней в жёлчном пузыре, т.к. возникает повышение внутрипузырного давления, что сопровождается перерастяжением стенок и спазмом мускулатуры жёлчного пузыря. Во время приступа у больных возникает повышенное двигательное возбуждение, беспокойство, крики, которые сопровождаются диспепсическими признаками (тошнота, рвота жёлчью, вздутие живота). В ряде случаев на высоте приступа отмечается субфебрильная (реже – фебрильная) лихорадка с ознобами. Типичной является механическая желтуха, которая возникает у 10-20% больных с камнями в пузыре и у 70% - с камнями в жёлчных протоках. Окраска кожи может периодически претерпевать изменения от уменьшения при движении камней и улучшении оттока до увеличения при продвижении камня в более узкое пространство. В связи с задержкой жёлчных кислот возникает также и кожный зуд.

Жёлчная колика может продолжаться от нескольких минут до нескольких суток, но при приступе, протяжённостью более 5 часов, предполагают наличие осложнений колики.

Болевой торпидный вариант проявляется тупыми, ноющими болевыми ощущениями в эпигастральной области или правом подреберье, возможна характерная для жёлчной колики иррадиация. Обычно эти боли возникают после описанных ранее провоцирующих факторов. Наблюдается сочетание этих болей с диспепсическими симптомами (тошнотой, метеоризмом и т.д.).

Диспепсическая форма проявляется ощущением дискомфорта, тяжести в правом подреберье и эпигастральной зоне, нередко отмечаются отрыжка, метеоризм, неустойчивый стул, горечь во рту. В ряде случаев, при наличии дуодено-гастрального и гастро-эзофагеального рефлюксов отмечается появ-

лением симптома изжоги. Усиление симптомов тесно взаимосвязано с воздействием провоцирующих факторов.

Объективное исследование больного позволяет выявить ряд широко известных, но важных симптомов поражения жёлчного пузыря (проявления правостороннего реактивного синдрома):

- Симптом Ортнера – болезненность при поколачивании ребром кисти по краю рёберной дуги;
- Симптом Мерфи – усиление болезненности при надавливании на переднюю брюшную стенку в проекции жёлчного пузыря на вдохе;
- Симптом Кера – усиление болезненности при пальпации в углу, образованном наружным краем прямой мышцы живота и правой рёберной дугой;
- Симптом Захарьина - усиление болезненности при перкуссии в углу, образованном наружным краем прямой мышцы живота и правой рёберной дугой;
- Симптом Мюсси (френикус-симптом, симптом Мюсси-Георгиевского) – болезненность при надавливании между ножками *m. sternocleidomastoideus dext.*;
- Симптом Бекмана – болезненность в правой надорбитальной зоне;
- Симптом Йонаша – болезненность при надавливании в правой затылочной точке;
- Симптом Мэйо-Робсона – болезненность при надавливании в области правого рёберно-позвоночного угла.

Распознавание клинической картины заболевания может иметь ряд трудностей, что обусловлено наличием своеобразных клинических «масок», которые могут маскировать ЖКБ. Это может быть аппендикулярная, кардиальная «маски» и ряд других.

Аппендикулярная «маска» ЖКБ. Её возникновение наиболее типично для молодых людей. Известно, что только у 51% молодых людей ЖКБ протекает с типичными клиническими симптомами, у 49% - наблюдается не совсем типичная картина. Боли могут локализоваться в эпигастрии, левом подреберье, в правой подвздошной, правой поясничной, околопупочной областях. В ряде случаев иррадиирующие боли в правой подвздошной области, сопровождающиеся повышением температуры тела, тошнотой и другими симптомами интоксикации приводят к ошибочной диагностике аппендицита и оперативному лечению.

Кардиальная «маска» ЖКБ. ЖКБ и патология сердца являются часто сочетающимися состояниями благодаря высокой распространённости, общности некоторых факторов риска (особенности пищевого поведения, гиподинамия, повышенная масса тела и др.). Симптомы ЖКБ могут приводить к утяжелению ЖКБ, аналогично и ЖКБ иногда может провоцироваться кардиальной патологией. Известно, что у пациентов пожилого возраста в период приступа жёлчной колики отмечается появление нарушений сердечного рит-

ма и усиление (учащение) болей в сердце. Такое состояние получило название холецисто-кардиального синдрома (синдром Боткина) [3].

Серьёзной опасностью ЖКБ являются осложнения, к числу которых относят [4-6]:

- Обтурацию конкрементами пузырного или общего жёлчного протоков,
- Острый холецистит и холангит,
- Вклинение конкремента в просвет большого дуоденального сосочка,
- Острый билиарный панкреатит,
- Хронический холецистит.

Таким образом, клиническая картина ЖКБ, не смотря на сохраняющуюся общую черту – заинтересованность правого подреберья и/или Зоны Шоффара, имеет довольно разнообразные проявления. Особые диагностические сложности возникают при появлении клинических «масок» ЖКБ.

Литература:

1. Диагностика и лечение заболеваний жёлчевыводящих путей. / Под ред. И.В. Маева. – М.: ВУНМЦ, 2003. – 96 с.
2. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям жёлчных путей. – Пер. с немец. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 264 с.
3. Немцов В.И. Желчнокаменная болезнь. // Внутренние болезни. / Под ред. С.И.Рябова, В.И. Алмазова, Е.В. Шляхто. – СПб.: СпецЛит, 2001. – С. 477-488.
4. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. / Под ред. В.И. Ивашкина. – М.: Литтерра, 2003. – 1046 с.
5. Рысс Е.С., Шулутко Б.И. Болезни органов пищеварения. – СПб.: Ренкор, 1998. – 336 с.
6. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и жёлчных путей. – Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Е.В. Онучина

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев) ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава

В структуре заболеваний органов пищеварения в старших возрастных группах жёлчнокаменная болезнь (ЖКБ) занимает одно из ведущих мест [1-5,7,8]. С возрастом не только увеличивается частота появления камней в желчевыводящих путях, но и сглаживаются половые различия: традиционное соотношение один к двум меняется в сторону нарастания числа мужчин, страдающих ЖКБ. К 75 годам у 20% мужчин и 35% женщин обнаруживают желчные камни [8]. Предпосылками для их появления у лиц пожилого (60-74 года) и старческого (75-89 лет) возраста являются ряд функциональных и структурных инволютивных изменений печени и желчевыводящих путей [3,4,6,8]:

- рост объема желчного пузыря за счет удлинения, а также увеличения переднезаднего размера (преимущественно у представителей мужского пола);

- уменьшение сократительной способности желчного пузыря за счет снижения его реакции на холецистокинин, снижения тонуса мускулатуры и уплотнения стенки;
- снижение секреции билирубина, желчных кислот и фосфолипидов;
- повышение содержания холестерина и вторичных желчных кислот в желчи;
- рост тонуса сфинктера Одди, ведущий к расширению общего желчного протока
- при наличии юкстапапиллярного дивертикула - снижение тонуса сфинктера Одди, ведущее к риску бактериальной инфекции желчных протоков.

От 70 до 90% камней желчного пузыря, удаленных при холецистэктомии у лиц старше 60 лет состоят из холестерина [3]. К провоцирующим факторам их формирования помимо причин, приведенных выше, относят – особенности диеты с низким содержанием пищевых волокон и высоким – очищенных углеводов, а также бедные насыщенными жирами и холестерином, ожирение, быстрое снижение массы тела, парентеральное питание, хирургические операции (гастрэктомия, резекция подвздошной кишки), цирроз печени, длительный прием лекарственных препаратов (холестерамина, клофибрата, октреотида и т.д.), дислипидемии.

В 12% случаев при ЖКБ в пожилом возрасте встречаются камни общего желчного протока. У большинства больных - это черные пигментные камни [3]. В некоторых популяциях их доля возрастает до 30% [4]. Наиболее частыми причинами их образования являются застой желчи и присоединение инфекции. Под влиянием бактерий происходит деконъюгация билирубин глюкуронида с его осаждением на стенках протоков и на холестериновых камнях, мигрирующих из желчного пузыря. Обычно черные пигментные камни встречаются при дивертикулах большого дуоденального сосочка, сопровождаются состояниями с ускоренным обменом гемосодержащих веществ – гемолитическую анемию, порфирию, а также циррозы печени, болезнь Крона.

Скорость роста конкрементов у пожилых больных не отличается от таковой у молодых и составляет около 2-4 мм в год.

Клиническая картина не зависит от типа камней. Выделяют следующие формы течения ЖКБ у лиц старше 60 лет [3,7]:

- латентную
- диспептическую
- с типичной билиарной коликой
- под маской других заболеваний

Клинические проявления отсутствуют у 75% больных. Соответственно, в большинстве случаев камни желчного пузыря и желчных протоков в этой возрастной группе выявляются как находка без сопровождающих субъективных и объективных проявлений.

Диспепсию билиарного типа диагностируют в 11% случаев. Она включает в себя: тяжесть в правом подреберье и эпигастрии, различной интенсивности и характера, в сочетании с горечью во рту, периодической тошнотой, вздутием живота, нарушением стула.

Билиарная колика встречается у 6% больных пожилого и старческого возраста. После первого эпизода вероятность ее повтора составляет 75% в последующие два года, а риск развития осложнений ЖКБ - 1% в год последующего наблюдения. В англоязычной литературе билиарную колику рассматривают как проявление осложненного течения заболевания [5]. Основным механизмом ее возникновения является спастическое сокращение гладкой мускулатуры желчного пузыря и протоков при: 1) внезапном перерастяжении полости желчного пузыря из-за резкого повышения внутрипузырного давления при наличии механического препятствия – камня - на пути оттока желчи; 2) рефлекторно из-за механического раздражения конкрементами нервных элементов желчного пузыря и желчных протоков. Боль возникает внезапно чаще после употребления жирной, жареной пищи, алкоголя, пряностей, возможно после стрессовой ситуации, физической нагрузке. Локализуется в правом подреберье и эпигастрии, иррадирует по ходу диафрагмального нерва, чаще появляется вечером или ночью, продолжается от 15 мин до 3-4 часов, требует использования анальгетиков. Может сопровождаться тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, кратковременным повышением температуры и преходящей желтухой.

Длительное существование желчных камней повышает вероятность появления осложнений: «отключенного» желчного пузыря, острого и хронического калькулезного холецистита, обтурации пузыря или общего желчного протоков. Последняя - часто сопровождается механической желтухой, панкреатитом, холангитом, при восходящем течении которого возможен абсцесс печени. Не менее грозными осложнениями являются эмпиема желчного пузыря, его перфорация и формирование мукоцеле. При диагностике осложненных форм у пожилых возникают значительные сложности [3,4,8]. Это обусловлено возрастным снижением интенсивности боли в животе в связи с повышенной секрецией эндопиаатов и снижением проводимости и возбудимости периферической нервной системы. Локализация боли также атипична. Очень часто у этих больных отсутствуют высокая температура, напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при пальпации живота и соответствующие изменения в общем и биохимическом анализах крови. Нередко осложненные формы ЖКБ у лиц старше 60 лет протекают настолько неопределенно, что пациент наблюдается с диагнозом лихорадка неясного генеза. Длительный диагностический поиск при этом отодвигает необходимую хирургическую помощь.

Диагноз ЖКБ у пожилых верифицируют в ходе комплексного обследования, включающего тщательный расспрос с обязательным выявлением предрасполагающих факторов, объективное обследование, использование лабораторных, инструментальных и рентгенологических методов. Приоритет в диагностике имеет УЗИ, чувствительность которого при обнаружении желчных камней составляет 85-90%, специфичность – более 95%. Во многом, увеличение заболеваемости ЖКБ в старших возрастных группах в последние годы обусловлено ростом числа именно ультразвуковых исследований органов брюшной полости. При подозрении на камни в протоках используют эн-

доскопическое УЗИ и ЭРХПГ. Изображение желчных протоков можно получить с помощью ЯМР холангиографии. Чувствительность и специфичность метода достигает 99%. При этом хорошо видна в т.ч. паренхима печени и печеночные желчные протоки. В ряде случаев могут быть выполнены обзорная рентгенография брюшной полости и оральная холецистография. Для диагностики развивающегося острого холецистита возможно проведение холесцинтиграфии с технецием.

В связи с высоким риском осложнений даже при бессимптомных формах патологии больные пожилого и старческого возраста нуждаются в лечении. Консервативное ведение больных ЖКБ представлено, прежде всего, пероральной литотрипсией. Ее осуществляют препаратами УДХК (10 мг/кг однократно вечером в течение не менее 24 месяцев). В Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии по данным эндоскопического и гистологического исследования не выявлено отрицательного влияния на слизистую желудка длительного приема урсодеооксиголевой кислоты возрастными больными [3,7]. Контактный литолиз метилтерцбутиловым эфиром и экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия у лиц старше 60 лет имеют достаточное число противопоказаний. Литолитическая терапия обязательно должна проводиться на фоне исключения провоцирующих факторов и включает в себя [1,3]:

- контроль массы тела с рациональным ее снижением и целевым значением ИМТ 19,9-21,9 как у мужчин, так и у женщин
- диету богатую пищевыми волокнами
- повышение физической активности

В случае наличия множественных, крупных (более 30 мм), обызвествленных холестериновых, черных пигментных камней выполняют холецистэктомию. Традиционная холецистэктомия у больных пожилого возраста дает более высокие показатели летальности в сравнении с молодыми. При операциях осуществленных после колик и других осложнений она достигает 2,4-4,9% в возрасте 60 лет, 5,5-11,0% – 70 лет, 12,0-25,0% – 80 лет, 28,0-55,0% - 90 лет [4]. В связи с этим полостное вмешательство может быть произведено, как правило, только по жизненным показаниям. По данным [7], число таких больных в возрасте 60-69 лет составляет 17%, а старше 70 лет- 39%. При лапароскопической холецистэктомии летальность ниже. Отдаленные результаты лапароскопической холецистэктомии у возрастных больных лучше, чем при традиционном вмешательстве [9]. Однако, при наличии сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания и мочевого выделения показатели летальности также начинают возрастать.

При камнях желчных протоков основным методом лечения является эндоскопическая сфинктеротомия и экстракция камней. При невозможности сразу извлечь все камни для обеспечения адекватного дренажа устанавливают временный жёлчный стент. Долговременное стентирование жёлчного протока у больных с высоким риском хирургического вмешательства считается наиболее безопасным методом лечения [3,4].

В качестве дополнительных мер, сопутствующих эндоскопическому или хирургическому лечению назначают антибактериальную и при необходимости – дезинтоксикационную терапию. Из-за ослабления иммунитета и сопутствующих заболеваний у лиц старше 60 лет показано их профилактическое применение даже при продолжительных эндоскопических диагностических манипуляциях.

Таким образом, представленные литературные данные демонстрируют особенности возникновения, течения, диагностики и лечения ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста.

Приводим клинический пример.

Больной Б., 78 лет планово госпитализирован во II терапевтическое отделение Госпиталя ветеранов войн по поводу ИБС. За неделю до окончания лечения, после завтрака с употреблением сливочного масла, внезапно появились колющие интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, сопровождающиеся тошнотой, неоднократной рвотой, не приносящей облегчения, и диареей с 4-5 эпизодами. Каловые массы при этом были гомогенные, блестящие. Боли продолжались в течение 30 минут, затем самостоятельно купировались. Больной консультирован через два часа после приступа.

Из анамнеза выяснено, что в возрасте 61 года при УЗИ органов брюшной полости были обнаружены камни желчного пузыря. В дальнейшем к врачам не обращался, не обследовался. Два года назад впервые без видимой причины имел место приступ билиарной колики, по поводу которой консервативно пролечен в Дорожной клинической больнице. Через два месяца после первого эпизода – повторная колика. Доставлен в МУЗ «Клиническую больницу №1 г. Иркутска», где была произведена холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита. После оперативного лечения дважды в год без видимой причины стали появляться вышеуказанные билиарные боли, сопровождавшиеся диспептическими расстройствами. Настоящий эпизод – пятый.

Объективные данные: состояние больного на момент осмотра удовлетворительное. Повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Послеоперационный рубец в правой подреберной области. Варикозное расширение подкожных вен голени, периферических отеков нет.

Дыхание в легких везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца ритмичные, с частотой 76/минуту. АД – 140/80 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Симптомы Ортнера, Мюсси, Мерфи отрицательные. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В общем и биохимическом анализах крови до и после билиарной колики патологических отклонений нет. Копрограмма: каловые массы светло-коричневые, рН-6,0, жирные кислоты - в значительном количестве, мышечные волокна, непереваримая и переваримая клетчатка – единичные.

При УЗИ органов брюшной полости, проведенном накануне: печень, селезенка, поджелудочная железа – без особенностей. Желчный пузырь отсутствует. Общий желчный проток 12 мм в диаметре.

ФГДС с осмотром Фатерова соска (на следующий день после приступа): БДС диаметром 0,6 см, во время исследования в ДПК поступает желчь. Заключение: хронический атрофический гастрит. НР (-).

На основании данных, имеющиеся в истории болезни, больному выставлен диагноз: Вторичная дисфункция сфинктера Одди билиарного типа. Состояние после холецистэктомии (в 2003 г.) по поводу острого калькулезного холецистита. Хронический атрофический гастрит, ремиссия. НР (-).

Были назначены: мебеверин по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды, мезим форте по 1 т с каждым приемом пищи, урсофальк 250 мг н/н. Проведена беседа о рациональной диетотерапии.

До момента выписки состояние больного оставалось удовлетворительным. При выписке рекомендовано дообследование панкреатобилиарной зоны в условиях Иркутского областного консультативно-диагностического центра.

Приведенный пример иллюстрирует естественное течение ЖКБ, при котором диагностированные в возрасте 61 года камни желчного пузыря, клинически проявились через 15 лет билиарной коликой, после второго эпизода которой произведена холецистэктомия. В послеоперационный период неоднократные приступы боли и диспепсии билиарного типа. При обследовании больного в условиях ГВВ рецидива камней и структурных изменений желчных и панкреатических протоков, за исключением расширения общего желчного протока не обнаружено, что послужило основанием для формулирования данного диагноза.

Литература:

7. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. / Под. ред. В.Т. Ивашкина. - М.: М-Вести, 2002. - 416 с.
8. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М. Анархарсис, 2004.- 199с.
9. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. - М.: Анахарис, 2003. – 208 с.
10. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 264 с.
11. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2003. - №1. - С. 81-92.
12. Ревнивых И.Ю., Болотнова Т.В. Показатели ультразвукового исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей у здоровых лиц зрелого и пожилого возраста. // Клиническая геронтология. - 2005. - №9. - С. 32.
13. Селезнева Э.Я. Особенности клинического течения сочетания желчнокаменной и язвенной болезни у больных в пожилом и старческом возрасте. // Клиническая геронтология. - 2006. - №1. - С. 66-68.
14. Шерлок Ш., Дж. Дули. Заболевания печени и желчных путей: Практическое руководство. - Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.

15. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Раганян К.П. и др. Отдаленные результаты холецистэктомии при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста. // Тезисы V съезда научного общества гастроэнтерологов России и XXXII сессии Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии, Москва, 3-6 февраля 2005 года. - М.: Анахарсис, 2005. - С. 385-387.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

А.А. Рожанский

Гастроэнтерологическое отделение (зав. – А.А. Рожанский) МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска»

Диагностика жёлчнокаменной болезни (ЖКБ) разработана для стадии сформировавшихся желчных камней и не ориентирована на выявление предболезней – предкаменной стадии заболевания.

ЖКБ длительное время может протекать бессимптомно. Порядка 60-80% больных не имеют клинических проявлений ЖКБ (бессимптомные «каменосители»), у них выявляется латентная стадия заболевания. У 15% больных имеющих камни в жёлчном пузыре, одновременно, выявляются и камни в жёлчных протоках которые чаще также протекают бессимптомно. Диагностика облегчается в 3 стадии ЖКБ – стадии клинических проявлений.

Для диагностики ЖКБ применяют лабораторные и инструментальные методы исследования. При не осложненном течении латентной стадии ЖКБ лабораторные показатели не изменены. После приступа желчной колики у многих больных отмечается повышение ферментов цитолиза (АСТ, АЛТ) и холестаза (ЩФ, ГГТП), в 20-45% случаев - повышается билирубин. Обычно лабораторные показатели возвращаются к норме через неделю после приступа. При развитии холецистита, холангита повышаются уровень лейкоцитов, СОЭ, СРБ.

К числу основных методов диагностики ЖКБ относятся инструментальные исследования:

1. Ультразвуковое исследование (УЗИ),
2. Обзорная рентгенография жёлчного пузыря,
3. Пероральная и внутривенная холецистография,
4. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ),
5. Компьютерная томография и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ),
6. Эндоскопическое УЗИ,
7. Гепатобилисцинтиграфия,
8. Чрескожная чреспеченочная холангиография.

Ультразвуковое исследование (УЗИ). Этот метод лишен побочных эффектов, необременителен для больного и может проводиться как угодно часто.

Нормальные показатели при УЗИ жёлчных путей

<i>Жёлчный пузырь</i>	
Натощак	Длина 7 – 10 см Ширина и глубина 3 – 5 см Толщина стенки 2 – 3 мм Объем: максимально 60 мл Просвет анэхогенный
После приема пищи	Объем уменьшается на 30% Толщина стенки 3 – 7 мм
<i>Жёлчные протоки (диаметр)</i>	
Общий жёлчный проток	2 – 6 мм
У пожилых людей	4 – 7 мм
После холецистэктомии	2 – 9 мм

С помощью УЗИ определяют размеры камней, их количество, локализацию, подвижность, в определенной мере структуру конкрементов, а также косвенные признаки холедохолитиаза: расширение гепатикохоледоха, внутрипеченочных и Вирсунгова протоков. Чувствительность метода при диагностике камней жёлчного пузыря высока и составляет 90–95%, а при диагностике камней жёлчных протоков - 30%. Следует отметить, что при нерасширенном холедохе (6 мм и менее) и нормальных показателях печеночных проб холедохолитиаз встречается редко, но все же встречается в 7% случаев. Будьте бдительны! Чаше ошибки встречаются при наличии камней малого диаметра (до 5 мм). В 78% случаев неинформативность УЗИ была обусловлена отсутствием достаточной визуализации холедоха. Неудачи УЗИ, как правило, были связаны с наличием у пациентов: избыточно развитого слоя подкожно жировой клетчатки, метеоризма, после операционного спаечного процесса в брюшной области.

Обзорная рентгенография жёлчного пузыря. Позволяет выявить обызвествлённые и воздухосодержащие структуры в области жёлчного пузыря, но камни при содержании извести в 10% и менее на снимках не обнаруживаются.

Диагностические возможности обзорной рентгенографии жёлчного пузыря включают выявление:

- Обызвествленных камней жёлчного пузыря,
- Известковой жёлчи,
- «Фарфорового» жёлчного пузыря,
- Обызвествленной эмпиемы,
- Старых камней, содержащих газ,
- Гангренозного холецистита,
- Изменений после папиллосфинктеротомии (аэробилия),
- Изменений после наложения билиодигестивного анастомоза (аэробилия)

Обызвествленные камни жёлчного пузыря выявляются в 15% случаев (из них чёрные пигментные камни в 60-70%), камни жёлчных протоков в 2%. Необходимо помнить, что обызвествленные очаги и скопление воздуха в зоне проекции жёлчного пузыря способны имитировать камни и газ в жёлчном пузыре. Например, камни и обызвествленные кисты в почках, нефрокальциноз, очаги обызвествления в печени, надпочечниках, стенках сосудов, в лимфоузлах, наличие газа в петлях кишечника, в Вирсунговом протоке, свободный воздух в брюшной полости.

Пероральная и внутривенная холеграфия в настоящее время применяется редко. Чувствительность метода 80–85% при диагностике конкрементов в жёлчном пузыре. Камни в жёлчных протоках обнаруживаются реже (в 50–60% при внутривенной холеграфии и в 10% - при пероральной). Метод незаменим, когда решается вопрос о проведении медикаментозной и экстракорпоральной ударноволновой литотрипсии.

Компьютерная томография в диагностике ЖКБ относится к методам второй очереди, её чувствительность в обнаружении жёлчных камней значительно ниже по сравнению с УЗИ. Компьютерная томография используется для оценки состояния тканей окружающих жёлчный пузырь и жёлчные пути, а также для обнаружения обызвествления жёлчных камней при решении вопроса о назначении литолитической терапии.

Компьютерная томография имеет важное значение в диагностике ЖКБ:

- Обнаружение обызвествлённых камней, которые не выявляются при применении обзорной рентгенографии жёлчного пузыря,
- Выявление воздушных щелей во внутренней структуре камня (старые камни, содержащие газ),
- Выявление абсцессов в ложе жёлчного пузыря,
- Обнаружение свищей, проникающих в головку поджелудочной железы и кишечника,
- Уточнение состояния стенки жёлчного пузыря (воспаление, абсцесс).

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПР) - является наиболее информативной методикой. Позволяет оценить состояние органов панкреатобилиарной зоны и проходимость протоковой системы, а также сфинктера Одди.

Гепатобилиарная сцинтиграфия. В диагностике ЖКБ этот метод относится к методам третьей очереди. Применяется для оценки проходимости жёлчных протоков, когда имеются трудности выполнения ЭРХПГ или Эндоскопии, например, у больных перенесших резекцию по Бильрот–2 или оперативное вмешательство на кишечнике. По распределению радиофармпрепарата (РФП) в гепатобилиарной системе позволяют косвенно судить о функциональном состоянии гепатоцитов, количественно оценить эвакуаторную способность жёлчного пузыря, выявить нарушение оттока жёлчи в билиарной системе. Поступление РФП в двенадцатиперстную кишку более чем через 20 мин свидетельствует о нарушении оттока желчи. Отсутствие накопления

РФП в зоне жёлчного пузыря может указать на «отключенный» жёлчный пузырь.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). Чувствительность метода в диагностике холангиолитиаза составляет 95%. Ложноотрицательный результат обусловлен конкрементами менее 5мм, а также рентгенонегативными камнями. Показаниями для проведения ЭРХПГ также являются эпизоды желтухи (особенно механической) и панкреатита, холангит, расширение холедоха по данным УЗИ более 6 мм. К числу противопоказаний причисляют острый панкреатит, наличие псевдокист поджелудочной железы (опасность инфицирования при введении рентгенконтрастного препарата), наличие тяжелой сопутствующей патологии. Осложнения выявляются в 2,5% случаев, это острый панкреатит, острый холецистит, гнойный холангит, травма холедоха, попадание контрастного вещества в ретродуоденальную клетчатку.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭндоУЗИ). Чувствительность метода в выявлении холедохолитиаза составляет практически 100%, позволяет диагностировать микролиты в холедохе до 2 мм. Показаниями к данному методу исследования являются: подозрение на холедохолитиаз, желтуха, зуд кожи неясного генеза, панкреатит с изменением печеночных проб, холангит, лихорадка не ясного генеза с болями в верхней половине живота, планируемая лапароскопическая холецистэктомия.

Чрескожная чреспеченочная холангиография в виду высокой инвазивности и возможного развития тяжелых осложнений (гемобилия, жёлчный перитонит, холангит, пневмоторакс и другие), применяется редко, по ограниченными показаниям.

В заключении, подводя итог разбору методов диагностики ЖКБ, следует отметить, что современные инструментальные методы диагностики (УЗИ, компьютерная томография, магнитнорезонансная томография, ЭРХПГ, ЭндоУЗИ) обладают высокой разрешающей способностью, но анализ результатов зависит от правильной трактовки комплекса полученных данных.

Литература:

1. Ильченко А.А Желчекаменная болезнь. - М.: Анахарасис, 2004. – 200 с.
2. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. - М.: М-Вести, 2002. – 416 с.
3. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 259 с.
4. Справочник практического врача по гастроэнтерологии. / Под ред. В.Т. Ивашкина, С.И. Рапопорта. – М.: Советский спорт, 1999. – 432 с.
5. Стрижелевский В.В., Михайлов А.П., Мехтиев С.Н. и др. Особенности лечения больных желчно-каменной болезнью, осложненной хроническим панкреатитом: Методические рекомендации для врачей-хирургов, гастроэнтерологов, терапевтов. – СПб., 2004. – 36 с.
6. Гребенев А.Л., Хазанов А.И., Подымова С.Д. и др. Болезни печени и билиарной системы. // Руководство по гастроэнтерологии. / Под ред.Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева. - В 3 т. Т2. – М.: Медицина, 1995. – 528 с.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ: ТРУДНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.Н. Калягин

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев) ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава, МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска» (гл. врач – Л.А. Павлюк)

Терапия жёлчнокаменной болезни (ЖКБ) представляет значительные трудности и имеет следующие цели:

1. Купирование болевого симптома (жёлчной колики) и сопутствующих проявлений заболевания;
2. Профилактику прогрессирования камнеобразования и/или полное устранение камней;
3. Предупреждение осложнений ЖКБ;
4. Улучшение качества жизни больного.

Для реализации этих целей используется широкий спектр лечебных методов:

1. Нефармакологические методы:
 - Диетические рекомендации,
 - Снижение массы тела,
 - Модификация образа жизни (достаточная физическая активность).
2. Фармакологические вмешательства:
 - Анальгетики,
 - Спазмолитики (в том числе, миотропные спазмолитики),
 - Препараты жёлчных кислот (медикаментозный пероральный литолиз),
 - Вспомогательные средства (антациды, прокинетики др.),
 - Гепатопротекторы.
3. Хирургические вмешательства:
 - Холецистэктомия (лапароскопическая или эндоскопическая),
 - Экстракорпоральная ударноволновая литотрипсия,
 - Контактное растворение камней.

Лечебная тактика имеет тесную связь со стадией заболевания.

Мероприятия в первой стадии ЖКБ

Прежде всего, необходим более активный образ жизни, занятия физкультурой, снижение массы тела, активный отдых, туризм, которые благоприятствуют оттоку жёлчи, ликвидируют её застой, уменьшают гиперхолестеринемию.

Всем больным, имеющим факторы риска камнеобразования, показано лечебное питание (см. приложение 3).

Важное значение имеет коррекция эндокринно-обменных нарушений, таких как гипотиреоз, сахарный диабет, нарушение обмена эстрогенов при различных гинекологических состояниях. Эстрогены повышают активность фермента 3-гидрокси-3-метилглутарил-КоА-редуктазы (ГМГ-КоА-

редуктазы), который является ключевым в синтезе холестерина, его эстерификации и экскреции в жёлчь. Уменьшение доли свободного холестерина в жёлчи приводит к снижению синтезирующихся из него жёлчных кислот, преимущественно хенодесоксихолевой. В связи с этим падает коллоидная стабильность жёлчи, что способствует образованию холестериновых камней. Этот факт объясняет значительную частоту ЖКБ у женщин.

Бактерии способны переводить билирубин глюкуронид, растворимый в воде в нерастворимый неконъюгированный билирубин, который выпадает в осадок и соединяется с ионом кальция. Таким образом, инфекция способствует образованию пигментных камней, состоящих из кальция билирубината. Лечение инфекционно-воспалительных заболеваний жёлчевыводящих путей с помощью антибактериальной терапии имеет профилактическое значение в отношении камнеобразования. При циррозе печени и гемолитической анемии повышается продукция неконъюгированного билирубина с увеличением его содержания в жёлчи, что способствует камнеобразованию.

Предрасполагает к жёлчеобразованию гипомоторика жёлчного пузыря. Основой в борьбе с гипомоторной дискинезией жёлчевыводящих путей, предрасполагающей к застою жёлчи и образованию сладжей, является использование препарата Хофитол, представляющего собой экстракт из свежих листьев артишока полевого. Этот препарат обладает гепатопротективным, антиоксидантным, антитоксическим действием, способствует жёлчеотделению. Важным позитивным свойством препарата является его способность улучшать липидный обмен, что также благоприятствует профилактике камнеобразования. Рекомендуются приём хофитола взрослыми по 2-3 таблетки или раствор для приёма внутрь по 2,5-5 мл 3 раза в сутки до еды. С целью воздействия на дисфункции сфинктера Одди и жёлчного пузыря также могут применяться миотропные спазмолитики. Наибольшую эффективность и безо-



пасность в данном случае показал препарат дюспаталин (мебеверин). Это препарат селективного действия, который активно метаболизируется при прохождении через печени, образуя продукты выходящие с мочой в течение 24 часов после приёме. Это свойство позво-

ляет применять препарат для больных с различными билиарными дисфункциями даже пожилого возраста. Обычная доза составляет 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды.

Для купирования некоторых симптомов, ассоциированных с приступами жёлчной колики, широко применяются вспомогательные средства. В частности для ликвидации изжоги и горечи



во рту применяются антацидные средства. К числу таковых может быть отнесён препарат Релцер, который наряду с алюминиевой и магниевой солями содержит ещё и симетикон, обладающий свойством убирать явления метеоризма, часто отмечающегося у больных с ЖКБ. Применяется препарат по 1 чайной или десертной ложке 3-4 раза в день через 2-3 часа после еды.

Мероприятия во второй стадии ЖКБ.

Прежде всего, необходима организация мероприятий по купированию эпизодов жёлчной колики, которые наблюдаются при клинически выраженной форме ЖКБ. Купирование колики включает использование миотропных спазмолитиков, неселективного и селективного действия. В частности, хорошо себя зарекомендовал в этом отношении препарат дюспаталин, который способствует одновременному устранению спазма сфинктера Одди и тем самым, ликвидации билиарной дисфункции, внутрипузырной гипертензии. Для предупреждения осложнений жёлчной колики больным назначается также антибактериальная терапия, которая проводится антибиотиками из группы фторхинолонов (ципрофлоксацин) 250-500 мг 2 раза в день или доксициклином 100 мг 2 раза в день на протяжении 5-10 дней.

Для профилактики повторных эпизодов жёлчной колики применяют следующие рекомендации:

- Нормализация массы тела,
- Занятия физкультурой и спортом,
- Исключение жирной пищи и сладостей,
- Регулярный приём пищи каждые 3-4 часа,
- Исключение длительных периодов голодания,
- Приём достаточного количества жидкости (не менее 1,5 л в день).

В этой стадии широко применяется медикаментозное (нехирургическое) растворение холестериновых камней с помощью препаратов жёлчных кислот. С этой целью применяются хенодезоксихолевая (ХДХК) и урсодезоксихолевая (УДХК) кислота. Наиболее популярна в последнее время именно УДХК. Эффективность этого метода по наиболее частой оценке составляет около 70%.

Для правильного отбора пациентов необходимо знать условия и показания для медикаментозного растворения камней:

- Должны иметь место чисто холестериновые камни, не выявляемые на рентгенограмме (коэффициент ослабления при компьютерной томографии не менее 70 единиц).
- Одиночные конкременты диаметром не более 1 см, множественные не более 1/4-1/3 объема желчного пузыря.
- Жёлчный пузырь должен полностью сохранять свою функцию (фракция выброса жёлчного пузыря не менее 30-50%).
- Желчный пузырь должен быть наполнен камнями лишь примерно до половины.
- Пузырный проток должен сохранять проходимость.
- Общий желчный проток должен быть свободен от камней.
- В период медикаментозного литолиза необходимо избегать применения клофибрата, эстрогенов, антацидных средств и холестирамина.

Необходимо помнить о противопоказаниях для медикаментозного растворения жёлчных камней:

- Острые воспалительные заболевания жёлчного пузыря и жёлчных протоков.
- Карцинома жёлчного пузыря.
- Камни диаметром более 1 см или занимающие значительную часть жёлчного пузыря (более 1/2 просвета).
- Болезни печени – острый и хронический гепатит, цирроз печени.
- Сахарный диабет.
- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит.
- Выраженные воспалительные заболевания толстого и тонкого кишечника.
- Рентгенопозитивные карбонатные камни.
- Беременность.
- Нефункционирующий жёлчный пузырь.

Для решения вопроса о литолитической терапии больной должен быть тщательно обследован (расспрос и физикальное исследование, биохимический скрининг, УЗИ с жёлчегонным завтраком, ФГДС, обзорная рентгенография зоны пузыря или компьютерная томография с определением коэффициента ослабления).

Для медикаментозного растворения жёлчных камней чаще применяется УДХК, основой её применения являются следующие патофизиологические механизмы. Транспорт нерастворимого в воде и неэстерифицированного холестерина в желчи и удержание его в растворе осуществляются смешанными жировыми мицеллами. Эти мицеллы состоят из желчных кислот, конъюгированных с глицином или таурином (холевая, хенодезоксихолевая и дезоксихолевая кислоты), и лецитина. При чрезмерном выделении холестерина печенью или при дефиците жёлчных кислот и/или лецитина возможности мицелл удерживать холестерин в растворе исчерпываются и последний кристаллизу-

ется. Эти кристаллы могут либо снова поступить в раствор, либо продолжать расти вплоть до того, пока, в конечном счете, не образуется жёлчный камень. Принцип растворения жёлчных кислот УДХК основывается на обратном процессе: введение этих препаратов внутрь вызывает угнетение всасывания холестерина в кишечнике, а также синтеза холестерина в печени (за счет угнетения фермента ГМГ-КоА-редуктазы) и, следовательно, уменьшение поступления холестерина в жёлчь. Это препятствует образованию новых камней. Кроме того, этот препарат образует с холестерином жидкие кристаллы, что дополнительно способствует растворению жёлчных камней. В общем пуле жёлчных кислот при лечении этим препаратом превалирует хенодезоксихолевая кислота, что способствует растворению жёлчных камней.

Доза УДХК составляет 10-15 мг/кг/сутки однократно вечером перед сном, запивая жидкостью (вода, соки, чай, молоко и др.). При массе больного до 80 кг обычно назначается не менее 500 мг, а более 80 кг – 750 мг. Наряду с этим применяется и комбинированная терапия с применением УДХК и ХДХК. При этом ХДХК и УДХК назначаются в дозе по 7-8 мг/кг/сутки вечером перед сном, запивая их жидкостями. Продолжительность терапии колеблется от 6 до 24 месяцев. Необходимо особо следить за регулярным приемом препаратов. Перерыв в лечении в 3-4 недели означает, что литолитическая должна проводиться заново. У больных с избыточной массой тела жёлчные камни растворяются хуже. Поэтому одновременно с медикаментозной должны проводиться мероприятия по снижению массы тела. По истечении первого месяца лечения, а затем регулярно через каждые 2-3 месяца рекомендуется определять уровень в крови трансаминаз, щелочной фосфатазы, билирубина.

В клинической практике может применяться ударно-волновая холелиотрипсия, т.е. лечение ЖКБ путем дробления крупных конкрементов на мелкие фрагменты с помощью ударных волн. Обычно она сочетается с медикаментозным литолизом. Критерии отбора больных для лечения ЖКБ методом экстракорпоральной литотрипсии (по Staritz, Hagehtuier):

1. Ограниченный объем камня:

а) солитарный конкремент диаметром не более 3 см;

б) множественные конкременты, но не более 3, диаметром меньше 1 см.

2. Холестериновые камни по составу (при холецистографии такие камни не должны давать тень).

3. Нормальная сократимость жёлчного пузыря после алиментарного раздражения (уменьшение поверхности желчного пузыря на 30-50%)

4. Отсутствие рецидивирующей лихорадки, холестаза и желтухи в прошлом (это позволяет со значительной долей вероятности исключить преимущественно пигментные камни в жёлчном пузыре). Соблюдение этих условий необходимо для успешного растворения фрагментов камней после их дробления.

Противопоказания для проведения ударно-волновой литотрипсии: более значительные размеры камней, их кальцификация, нарушение функции жёлчного пузыря, нарушение свертывания крови.

Чрескожно-трансгепатический холелитолиз. Под местной и системной анестезией, а также при постоянном рентгеноскопическом контроле в жёлчный пузырь вводится тонкий катетер (через кожу и ткани печени). Затем через этот катетер проводится капельное вливание 5-10 мл растворителя камней метил-терц-бутилового эфира. При проведении чрескожно-трансгепатической литотрипсии удается растворить свыше 95% жёлчных камней (по некоторым данным — свыше 90%).

Таблица 1.

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	Камни жёлчного пузыря (ЖП)	2
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	3
2	Есть симптомы	1	Камни ЖП	3
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	4
		3	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП + дилатация холедоха	5
3	Жёлчная колика	1	Камни ЖП	4
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	5
		3	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП + дилатация холедоха	6
4	Острый холецистит	1	Камни ЖП	5
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	6
5	Острый панкреатит	1	Камни ЖП	6
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	7
6	Рецидивирующий панкреатит	1	Камни ЖП	7
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	8
7	Обтурационная желтуха	1	Камни ЖП	8
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	9

Примечание. Показания к хирургическому лечению определяются по сумме баллов: до 3 - показаний нет; от 3 до 5 - показания сомнительные (+/-); 5 баллов и выше - имеются показания. Сумма баллов определяется путем прибавления к цифре из 1-й графы цифры из 2-й графы.

По-прежнему важным методом лечения ЖКБ является холецистэктомия. Она предпринимается довольно часто и имеет свои показания, сформулированные в международных рекомендациях (табл. 1).

По решению Съезда гастроэнтерологов России (2005) принято считать необоснованной выжидательную тактику при, так называемом, бессимптомном камненосительстве, так как мнимое благополучие, как правило, не превышает 10-12 лет, манифестация заболевания проявляется в виде различных осложнений, часто на фоне развившихся к этому сроку сопутствующих заболеваний, значительно повышающих операционный риск. Тем самым важно своевременная скоординированная работа терапевтов и хирургов в отношении лечения ЖКБ, определения подходов к нему, грамотного выбора метода.

После лапаротомической или эндоскопической холецистэктомии, дробления и растворения камней сохраняется опасность рецидивов, которая требует назначения препаратов УДХК профилактически. Для наблюдения за больными также предпринимаются:

- Контрольные УЗИ каждые 6 месяцев после лечения,
- Продолжение приёма УДХК в течение 3 месяцев после растворения камней,
- Снижение массы тела,
- Отказ от приёма эстрогенов и фибратов,
- Исключение длительных периодов голодания,
- Приём пищи каждые 3-4 часа,
- Приём жидкости не менее 1,5 л в день.

Рецидивы камнеобразования лечатся по схемам литолитической терапии холестериновых камней.



Больным сразу после холецистэктомии, при медикаментозном лечении осложнений ЖКБ, с хроническим холециститом, постхолецистэктомическим синдромом, особенно при развитии внутрипечёночного холестаза, показан приём гепатопротектора гептрал (адеметионин). Препарат обладает хорошим антиоксидантным действием. Он может применяться внутривенно или в капсулах в дозе 400 мг.

Литература:

1. Белобородова Э.И., Задорожная Н.А., Цыгольник М.Д. Немедикаментозная терапия заболеваний органов пищеварения (дието-физио-бальнеотерапия, фитотерапия). – Томск: Изд-во научно-технической литературы, 2001. – 104 с.
2. Диагностика и лечение заболеваний жёлчевыводящих путей. / Под ред. И.В. Маева. – М.: ВУНМЦ, 2003. – 96 с.
3. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям жёлчных путей. – Пер. с немец. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 264 с.
4. Немцов В.И. Желчнокаменная болезнь. // Внутренние болезни. / Под ред. С.И.Рябова, В.И. Алмазова, Е.В. Шляхто. – СПб.: СпецЛит, 2001. – С. 477-488.
5. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. / Под ред. В.И. Ивашкина. – М.: Литтерра, 2003. – 1046 с.
6. Рысс Е.С., Шулутко Б.И. Болезни органов пищеварения. – СПб.: Ренкор, 1998. – 336 с.
7. Стрижелецкий В.В., Михайлов А.П., Мехтиев С.Н. и др. Особенности лечения больных жёлчно-каменной болезнью, осложнённой хроническим панкреатитом. – СПб., 2004. – 36 с.
8. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и жёлчных путей. – Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.

ХОЛЕСТЕРОЗ ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.

Р.В. Казакова

Гастроэнтерологическое отделение (зав. – А.А. Рожанский) МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска»

Холестероз жёлчного пузыря (ХЖП) (cholesterosis; холестерин + -ōsis; синоним: липоидоз жёлчного пузыря, липоидный холецистит) - это патологическое состояние, которое связано с абсорбцией и накоплением в стенке жёлчного пузыря липидов из жёлчи, возникающее на фоне изменения концентрации аполипопротеинов и сопровождающееся нарушением пузырьной функции.

ХЖП выявляется в 39% случаев при холецистэктомии и 46% случаев при аутопсии.

Этиология и патогенез ХЖП не вполне ясны и мнения разных авторов, посвящённые этому вопросу, - противоречивы. Одни рассматривают холестероз как результат поступления липидов из сыворотки крови, однако, при этом, не все больные ХЖП имеют гиперхолестеринемию. Нормальный уровень холестерина сыворотки не исключает нарушений в системе его внутриклеточного транспорта, а именно, в концентрации липопротеидов, количестве и соотношении апо-липопротеинов сыворотки крови.

В норме стенка жёлчного пузыря абсорбирует определенное количество свободного холестерина и его циклических предшественников, но не их эстерифицированных форм. Треть абсорбированного холестерина поступает в серозную оболочку пузыря, 2/3 возвращаются в жёлчь, и

депонирования в стенке жёлчного пузыря не происходит. Нарушение транспорта липидов могут быть обусловлено изменением в системе лимфатических сосудов, релаксирующим действием гормонов, и в частности прогестерона на сосудистую стенку. Имеет значение нарушения моторно-эвакуаторной функции жёлчного пузыря в следствии раздражения нервных сплетений его стенки, их врожденной или приобретенной гиперплазии. Некоторые авторы к фактору развития ХЖП относят дисхолию. Существует предел перенасыщения желчи холестерином, за, которым развивается либо холестероз, а если сохранена способность желчи солубилизировать холестерин, либо при снижении этой способности- холелитиаз.

С учетом макроскопической картины слизистой оболочки жёлчного пузыря различают: 1) полипозную, 2) сетчатую и 3) смешанную формы.

Существуют два варианта классификации. Наиболее распространена классификация L. Aschoff (1906) в модификации Н. Gross (1961): 1) типичный крапчатый или «земляничный» жёлчный пузырь, 2) холестериновые полипы, 3) стертые формы, 4) отложение холестерина при водянке жёлчного пузыря. Другая классификация предложена Н.К. Пермяковым и А.Е. Подольским (1969): 1) очаговая сетчатая форма, 2) диффузная сетчатая форма, 3) смешанная сетчато-полипозная форма, 4) полипозная форма.

Б.С.Розанов и В.А. Пенин (1973), учитывая случаи сочетания с конкрементами дополнили подразделения каждой из форм ХЖП на каменную и бескаменную.

Клиника ХЖП. Одни авторы считают, что ХЖП не имеет собственных симптомов и дает о себе знать лишь при развитии холецистита или ЖКБ. Другие считают, что имеет место собственная симптоматика в виде коликообразных болей в правом подреберье, беспокоящих больных длительное время и диспепсические явления. Возникновение болей связано с липидной инфильтрацией нарушающей сокращение желчного пузыря, а также с периодической «закупоркой» пузырного протока слизистым эпителием. Коликообразные боли при ХЖП обусловлены либо камнем, либо полипами. Давящие тупые боли в правом подреберье характерны для очаговых форм ХЖП. Существует бессимптомное течение.

Диагностика. Основные методы: ультразвуковые и рентгенологические исследования. Рентгенологические признаки - медленное появление пятнистой тени желчного пузыря, ее высокая интенсивность, быстрое и сильное опорожнение желчного пузыря. При полипозной форме ХЖП чаще отмечается мелкие до 0,5 см дефекты наполнения, имеющие ровные тонкие контуры. При этой форме проблематичен дифференциальный диагноз с аденомами, воспалительными полипами, карциномами небольшого размера.

Рентгенография не позволяет диагностировать сетчатые формы, наиболее информативно ультразвуковое исследование. В условиях снижения режима работы аппарата до 8-10 дБ на мониторе исчезают стенка жёлчного пузыря, паренхима печени. Остаются контуры печени. Исчез-

новение очаговых изменений в стенке жёлчного пузыря при данном исследовании свидетельствует о воспалительном генезе. При ХЖП в области проекции стенки визуализируются единичные отдельно расположенные четкие эхопозитивные включения, отражающие наличие холестерина. Протяженность этих включений выше 0,5-1,5 см - диффузная сетчатая форма ХЖП, менее 0,5 см - очаговая форма. Изучение концентрационной и моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря при ХЖП характеризуется их снижением в сочетании с дистонией сфинктера большого соочка ДПК и не отличается от таковых при хронических бескаменных холециститах и ЖКБ.

Лечение ХЖП. Холецистэктомия является основным методом лечения в случае нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и наличия множественных полипов.

Желчегонные препараты назначаются как средство симптоматической терапии. Они улучшают коллоидную стабильность желчи и моторно-эвакуаторную функцию жёлчного пузыря (холензим по 1 таблетке 3 раза за 30 мин. до еды).

Препараты урсодезоксиколиевой кислоты приводят к изменению соотношения жёлчных кислот и холестерина желчи. Рекомендуемая доза 15мг на 1кг веса больного. Однократно перед сном. При появлении диареи прием временно прекращают или снижают дозу. Курс лечения 2-13 мес. Динамика уменьшения полипов при УЗИ не ранее 2-4 мес. приема препарата.

Диета включает продукты, обогащенные растительными волокнами, растительными маслами, морскую рыбу. Диета приводит к снижению в крови уровня липопротеидов «тяжелых» классов, являющихся источником холестерина, поступающего в желчь, увеличению уровня холестерина липопротеидов высокой плотности, который в печени окисляет до желчных кислот. В результате этих изменений происходит увеличение соотношения желчных кислот и холестерина желчи с преобладание его мицеллярной формы, что, как правило, приводит к уменьшению абсорбции липидов в стенку жёлчного пузыря.

Литература:

1. Иванченкова Р.А., Свиридов А.В., Грачев С.В. Холестероз желчного пузыря: современный взгляд на патогенез, клинику, диагностику и лечение. – М.: МИА, 2005. – 200 с.
2. Малиновский Н.Н., Федорова О.Д. Холестероз. // Хирургия. – 1998. - №11. – С. 81-83.
3. Медведева Л.Н. , Долгов А.В. Холестероз желчного пузыря. // Терапевтический архив. - 1985. – Т.57. №12. – С. 50-52.
4. Мишушкин О.Н., Прописнова Е.П. Холестероз жёлчного пузыря. // Кремлёвская медицина. – 2001. - №1. –С. 15-20.
5. Савельев В.С., Петухов В.А., Болдин Б.В. Холестероз желчного пузыря. - М.: ВЕДИ, 2002. - 192 с.:

ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ

А.Н. Калягин, А.А. Рожанский, И.А. Пошкайте, Р.В. Казакова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев) ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава, Гастроэнтерологическое отделение (зав. – А.А. Рожанский) МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска»

Первичный склерозирующий холангит относится к редким аутоиммунным заболеваниям. Он представляет собой хроническое холестатическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся склерозирующим воспалением внутри- и внепечёночных жёлчных путей с развитием билиарного цирроза [2, 4]. Распространённость этой патологии в разных уголках мира колеблется от 1 до 4-6 больных на 100 тыс. населения [2, 5]. Дебют болезни чаще приходится на возраст 20-50 лет, хотя описано начало заболевания у новорожденных и детей 5-13 лет [2, 4, 7]. Преимущественно болеют мужчины, в два раза чаще женщин [2, 7].

Наиболее важными клиническими признаками начала болезни являются боли или дискомфорт в правом подреберье, рецидивирующая лихорадка, сопровождающаяся ознобами, снижение аппетита и сопряжённая с этим существенная потеря массы тела, желтушность и зуд кожи.

С удлинением срока болезни возрастает частота камненосительства в жёлчном пузыре и иных отделах билиарного тракта. Это приводит к высоким рискам возникновения и рецидивов осложнений камненосительства - приступам жёлчной колики и развитию восходящего бактериального холангита. Потенциально у больных имеется высокая вероятность возникновения холангиоцеллюлярной карциномы.

Важным фактом, позволяющим своевременно установить диагноз, является ассоциативная связь болезни с воспалительными заболеваниями кишечника, особенно с неспецифическим язвенным колитом. Язвенный колит обнаруживается у 85% больных с первичным склерозирующим холангитом, а холангит при воспалительных заболеваниях кишечника - у 2-7% [2]. Некоторые авторы рассматривают холангит, как внекишечное проявление неспецифического язвенного колита [6]. При сочетанном поражении билиарного тракта и кишечника течение болезней приобретает более доброкачественное течение: реже наблюдаются высокие уровни маркёров холестаза, вовлекается в процесс дистальный отдел кишечника и т.д.

Для диагностики первичного склерозирующего холангита исследован целый ряд иммунологических маркёров, наибольшее значение имеют р-ANCA, которые выявляются и при системных васкулитах с поражением сосудов мелкого калибра (синдромы Вегенера, Чарджа-Стросса и микроскопический полиангиит). Меньшее значение имеют ANCA-VPI, антинуклеарные и антикардиолипиновые антитела, антитела к гладким миоцитам. Практически не обнаруживаются антимитохондриальные антитела [2]. Важнейшую роль в диагностике играет эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография или магнитнорезонансная холангиография [4]. Подтверждающие признаки: генерализованные чёткообразные изменения и склероз жёлчных путей [7].

Лечебная тактика предусматривает режим (постельный режим, обильное питьё и скромное питание), использование патогенетических средств – урсодеоксихолевой кислоты и иммуносупрессоров (глюкокортикостероидов и цитостатиков) [1, 2, 3, 7]. Урсодеоксихолевая кислота (урсофальк) является важнейшим средством, которое назначается в дозе 10-15-20 мг/кг массы тела в сутки в три приёма, сразу после установления диагноза и до конца жизни или трансплантации печени. При появлении диареи (в 2% случаев) возможно кратковременное прерывание терапии или уменьшение дозы [5]. Имеются единичные сообщения о ремиссии болезни на фоне данной терапии [8]. Значимость постоянной глюкокортикостероидной терапии не доказана [7]. Из цитостатиков применяют азатиоприн, значимость метотрексата и колхицина незначительна [2, 7].

В случае присоединения инфекционных осложнений назначается антимикробная химиотерапия, при появлении болей - анальгетики. Важной считается заместительная терапия витаминами (особенно жирорастворимыми) [7]. При ассоциации с воспалительными заболеваниями кишечника лечение дополняется применением сульфасалазина и его аналогов. На конечных стадиях болезни единственным возможным методом лечения является трансплантация печени [2, 4, 5].

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больной Б., 16 лет (ист. бол. № 9927/734) обратился с жалобами на ощущение слабости, недомогания, боли в животе. При обследовании в поликлинике по месту жительства выявлена железодефицитная анемия (Hb 92 г/л) и лейкоцитоз ($L 11,2 \times 10^9$ /л). С целью уточнения природы анемии, лейкоцитоза и болей в животе осенью 2001 г. был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска».

При обследовании состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, правильного телосложения, астенической конституции. Кожные покровы бледные, чистые, подкожно-жировая клетчатка развита слабо, отёков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная и костно-суставная системы не изменены. Масса тела 70 кг, рост 180 см, ИМТ 21,6 кг/м². Изменений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем выявлено не было. При исследовании органов пищеварения обращала на себя внимание умеренная болезненность в эпигастрии. Печень и селезёнка не увеличены.

При дополнительном исследовании у больного выявлялся лейкоцитоз до $15,6 \times 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (n-11, с/я-54, л-27, м-5, э-3%), токсическая зернистость нейтрофилов 2+, сохранялась анемия лёгкой степени. Изменений в биохимических анализах, в частности в печёночных пробах, выявлено не было. При фиброколоноскопии толстая кишка осмотрена до купола слепой кишки, баугиниева заслонка губовидной формы, слизистая отёчна, гиперемирована. Терминальный отдел подвздошной кишки осмотрен на 10 см, слизистая его с явлениями фолликулярной гиперемии. Просвет ободочной кишки хорошо расправляется воздухом. Тонус кишечной стенки несколько снижен, перистальтика просматривается, гастрация правильная,

форма просвета соответствует обычной. Слизистая кишки отёчна с очагами геморрагий, начиная с печёночного изгиба. Сосудистый рисунок смазан, в просвете незначительное количество алой крови, сгустки. После гистологического исследования биопсированных кусочков кишечника больному был вставлен диагноз неспецифического язвенного колита, панколита. Начата терапия салофальком 1,0/сутки, преднизолоном 10 мг/сутки. На этом лечении больной находился около 1 года и чувствовал себя хорошо, а затем на фоне снижения дозы преднизолона до 5 мг/сутки вновь был госпитализирован в связи с усилением общей слабости, появлением жидкого стула с примесью крови.

Во время госпитализации вновь отмечено появление сдвига лейкоцитарной формулы влево, а также впервые зарегистрировано повышение трансаминаз до 2,5 норм (преимущественно за счёт АлТ) и сидеропения (3 мкмоль/л). Исследование на маркёры вирусных гепатитов дало отрицательные результаты. При УЗИ брюшной полости существенных изменений выявлено не было. На фиброколоноскопии слизистая оболочка ободочной кишки на всём протяжении гиперемирована, легко ранима с множественными крипт-абсцессами, налётами слизи, крови. Во всех биопсированных кусочках слизистой ободочной, сигмовидной и прямой кишок гистологические признаки неспецифического язвенного колита с высокой степенью активности. На фоне увеличения дозы преднизолона симптоматика была купирована. В дальнейшем больной госпитализировался не реже двух раз в год, в связи с возобновлением симптомов болезни на фоне уменьшения дозы глюкокортикостероидов и/или стрессовых ситуаций по месту учёбы.

В августе 2003 г. при плановом обследовании у больного впервые был зарегистрирован небольшой подъём ферментов холестаза (ЩФ в 1,3 раза, ГГТП – в 1,9), наряду с этим было зарегистрировано понижение холестерина до 3,3 ммоль/л и железа сыворотки до 6,3 мкмоль/л. В январе 2004 г. во время сдачи экзаменов отметил слабость, недомогание, связывал это с перегрузками на занятиях, тем более, что соблюдал диету, принимал лекарства и имел оформленный стул 1 раз в сутки. Однако в связи с тем, что недомогание нарастало был вновь госпитализирован. При обследовании отмечено увеличение АлТ до 3 норм, АсТ до 1,5 норм, ЩФ и липазы до 2 норм. Эти изменения были расценены как проявление реактивного гепатита. Позднее, в связи с сохраняющимся и даже растущим уровнем ферментов холестаза, выявлением высокого титра IgG, был выставлен диагноз первичного склерозирующего холангита. Начата терапия урсодезоксихолевой кислотой (урсофальк) в дозе 750 мг/сутки, на фоне которой больной отметил существенное улучшение состояния, хотя ферментемия сохранялась на высоком уровне (ЩФ - 3,9, ГГТП - 10, АлТ – 7, АсТ - 2 нормы).

В настоящее время у больного: Неспецифический язвенный колит, панколит, непрерывно рецидивирующая форма, хроническое течение, средней степени тяжести. Первичный склерозирующий холангит.

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует динамику симптомов, типичную для присоединения к неспецифическому язвенному

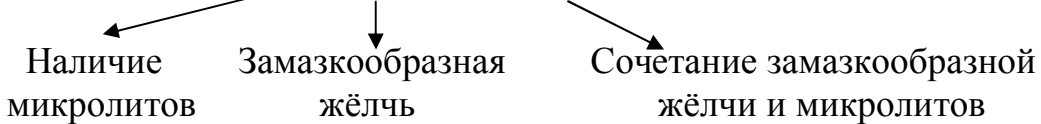
колиту первичного склерозирующего холангита. Знание этой динамики позволит своевременно установить диагноз и определить верную тактику ведения больного.

Литература:

1. Кан В.К. Первичный склерозирующий холангит. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 1997. – Т. 7. №1. – С. 73-79.
2. Лейшнер У. Аутоиммунные заболевания печени с перекрестным синдромом. – М.: Анахарсис, 2005. – 176 с.
3. Подымова С.Д. Болезни печени. – 3-е изд. – М.: Медицина, 1998. – 704 с.
4. Рубис И.Р., Федосова Л.И., Шалина Л.П. и др. Первичный склерозирующий холангит. // Сибирский журнал гастроэнтерологии, гепатологии. – 2004. - №18. – С. 19-21.
5. Флёркемайер В. Холестатические заболевания печени. – Пер. с нем. – М., 2004. – 96 с.
6. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение. – М.: Миклош, 2004. – 88 с.
7. Шерлок Ш., Дули Д. Заболевания печени и жёлчных путей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.- С. 290-301.
8. Mitchell S., et al. The management of primary sclerosing cholangitis. // Clin. Liver Dis. – 1998. – Vol. 2. – P. 353-372.

Приложение 1.

**Классификация жёлчнокаменной болезни
(3 съезд гастроэнтерологов России, 2003)**

Стадия	Характеристика изменений
I стадия	<p>А. Густая неоднородная жёлчь</p> <p>Б. Формирование билиарного сладжа</p>  <p>Наличие микролитов Замаскообразная жёлчь Сочетание замаскообразной жёлчи и микролитов</p>
II стадия	<p>А. По локализации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в жёлчном пузыре, - в общем жёлчном протоке, - в печёночных протоках <p>Б. По количеству камней:</p> <ul style="list-style-type: none"> - одиночные, - множественные. <p>В. По составу камней:</p> <ul style="list-style-type: none"> - холестериновые, - пигментные, - смешанные. <p>Г. По клиническому течению:</p> <p>а) латентное течение,</p> <p>б) с наличием клинических симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - болевая форма с типичными жёлчными коликами, - диспепсическая форма, - под маской других заболеваний.
III стадия	Хронического рецидивирующего калькулёзного холецистита
IV стадия	Осложнений

РЕЗОЛЮЦИЯ

5 съезда научного общества гастроэнтерологов России по проблеме желчнокаменной болезни (3-6 февраля 2005, Москва).

Несмотря на определенный прогресс в изучении процессов билиарного литогенеза, внедрение современных методов диагностики и высокую оперативную активность, проблема желчнокаменной болезни (ЖКБ) занимает одно из центральных мест среди заболеваний органов пищеварения.

Высокая распространенность ЖКБ, значительное "омоложение", устойчивая тенденция к росту заболеваемости, необходимость применения хирургических методов лечения, позволяют отнести ее в разряд заболеваний, имеющих не только важное медицинское, но и социальное значение.

Обсудив состояние проблемы ЖКБ, съезд отмечает, что для решения целого комплекса вопросов необходимо объединение усилий со стороны терапевтов и хирургов с целью выработки единой тактики по оценке особенностей клинического течения заболевания, выбора алгоритмов диагностики и лечения, а также профилактике различных осложнений.

Съезд постановляет:

1. С целью снижения распространенности холелитиаза активизировать действия, направленные на выявление предкаменных стадий заболевания. Для этого шире применять на практике методы ультразвуковой диагностики с оценкой сонографической картины начальных стадий желчнокаменной болезни.

Для предотвращения перехода заболевания на стадию формирования желчных камней шире использовать методические рекомендации, разработанные Центральным научно-исследовательским институтом гастроэнтерологии по лечению больных на предкаменной стадии ЖКБ.

Учитывая тот факт, что нарушение холестеринавого гомеостаза является основой развития холестериновой желчнокаменной болезни и липидного дистресс-синдрома, при проведении консервативной терапии ЖКБ необходимо соблюдать и основные принципы, разработанные для лечения липидного дистресс-синдрома Савельева.

2. Считать необоснованной выжидательную тактику при, так называемом, бессимптомном камненосительстве, так как мнимое благополучие, как правило, не превышает 10-12 лет, манифестация заболевания проявляется в виде различных осложнений, часто на фоне развившихся к этому сроку сопутствующих заболеваний, значительно повышающих операционный риск.

При обнаружении желчных камней более оперативно решать вопрос о выборе метода лечения. При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 6-12 месяцев совместно с хирургом решается вопрос о показаниях к оперативному лечению.

3. В качестве основы для определения показаний к литолитической терапии или оперативному лечению использовать классификацию желчнокаменной болезни, разработанную Центральным научно-исследовательским

институтом гастроэнтерологии и рекомендованную для практического применения III съездом научного общества гастроэнтерологов России. Согласно этой классификации консервативная терапия может применяться на первой стадии и частично на второй стадии заболевания с учетом соответствующих показаний. При этом ведущими в определении показаний к литолитической терапии являются одиночные конкременты диаметром не более 1 см, множественные не более 1/4-1/3 объема желчного пузыря, а фракция выброса желчного пузыря не менее 30-50%.

4. Усилить скоординированную деятельность терапевтов и хирургов в разработке наиболее оптимальных методов лечения при желчнокаменной болезни, сочетающейся с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны.

5. С целью профилактики развития постхолецистэктомического синдрома разработать алгоритм предоперационного обследования и лечения больных желчнокаменной болезнью с учетом функционального состояния билиарной системы и характера патологии гепато-панкреато-дуоденальной зоны.

6. Шире внедрять в практику менее инвазивные оперативные технологии при желчнокаменной болезни. В связи с тем, что, несмотря на огромные компенсаторные возможности органов пищеварения, полноценной адаптации к «потере» желчного пузыря, не наступает даже на протяжении 10-15 лет, в послеоперационном периоде необходима коррекция билиарной недостаточности.

7. Основным методом диагностики холецистолитиаза является трансабдоминальная ультрасонография, а при холедохолитиазе - эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография. Однако с учетом различных противопоказаний, осложнений, более низкой чувствительности и специфичности метода по сравнению с эндоскопической ультрасонографией, последнюю следует считать «золотым» стандартом в диагностике холедохолитиаза.

Нормальными размерами общего желчного протока следует считать диаметр от 2 до 6 мм. Нормальные размеры холедоха не исключают наличие конкремента в нем и не должны быть противопоказанием для проведения инструментального исследования.

8. Оценка отдаленных результатов холецистэктомий по поводу желчнокаменной болезни должна проводиться с учетом показателей качества жизни, с позиции доказательной медицины.

9. Необходима разработка эффективных методов профилактики холелитиаза и диспансерного наблюдения за больными желчнокаменной болезнью и перенесшими холецистэктомию.

10. Учитывая медицинскую и социальную значимость желчнокаменной болезни обоснованно проведение целенаправленных эпидемиологических исследований, которые позволили бы дать представление о распространенности заболевания, рассчитать объемы экономических затрат, необходимых для осуществления соответствующих лечебно-профилактических мероприятий.

Диета для больных с жёлчнокаменной болезнью.

Вид продуктов	Можно	Нельзя
Хлеб и хлебобулочные изделия	Пшеничный и ржаной хлеб (вчерашний)	Сдобное тесто, жареные пирожки, чебуреки
Крупяные и макаронные изделия	Каши любые, особенно овсяная и гречневая; макароны и вермишель	
Мясо	Мясо нежирное (говядина, курица, индейка, кролик) в вареном виде, запеченное или приготовленное на пару: фрикадельки, кнели, паровые котлеты	Жирные сорта мяса (свинина, баранина) и птицы (утка, гусь)
Рыба	Рыба нежирная в отварном и печёном виде	Рыба в жареном виде
Супы	Супы крупяные, фруктовые, молочные; бульоны некрепкие (мясные и рыбные); борщи, щи вегетарианские	Рыбные и грибные бульоны
Молочные продукты	Творог, кефир, молочнокислые продукты, сыр неострый (в том числе, плавленый)	
Жиры	Растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое) 20-30 г в день	Животные жиры
Овощи и фрукты	Овощи любые в отварном, печёном и сыром виде, фрукты и ягоды (кроме кислых) в сыром и вареном виде	Шпинат, лук, редис, редька, клюква
Кондитерские изделия	Сухое печенье	Торты, крем, мороженое, газированные напитки, шоколад, алкогольные напитки
Закуски, консервированные изделия		Острые закуски, жареное, копчёности
Напитки	Соки овощные, фруктовые, компоты, кисели, отвар шиповника	Алкогольные напитки, крепкий чай, крепкий кофе

СОДЕРЖАНИЕ:

Предисловие редактора сборника	3
Аснер Т.В. Жёлчнокаменная болезнь: распространённость, социальная значимость и качество жизни больных.	4
Поблинкова Е.И. Физиология и патология жёлчеобразования.	10
Поблинкова Е.И. Выявляем факторы риска жёлчнокаменной болезни.	13
Щербатых Е.В., Калягин А.Н. Легко ли описать клинику жёлчнокаменной болезни?	16
Онучина Е.В. Жёлчнокаменная болезнь у пожилых: больше вопросов, чем ответов?	19
Рожанский А.А. Диагностические трудности жёлчнокаменной болезни.	25
Калягин А.Н. Лечение жёлчнокаменной болезни: трудности и перспективы.	29
Казакова Р.В. Холестероз жёлчных путей.	36
Калягин А.Н., Рожанский А.А., Пошкайте И.А., Казакова Р.В. Первичный склерозирующий холангит.	39
Приложение 1. Классификация Жёлчнокаменной болезни (3 съезд гастроэнтерологов России, 2003).	42
Приложение 2. Резолюция 5 съезда гастроэнтерологов России по проблеме жёлчнокаменной болезни.	43
Приложение 3. Диета для больных с жёлчнокаменной болезнью.	46

Калягин Алексей Николаевич, Аснер Татьяна Викторовна,
Казакова Рита Владимировна, Онучина Елена Владимировна,
Поблинкова Елена Ивановна, Пошкайте Ирина Антоновна,
Рожанский Андрей Александрович, Щербатых Елена Владимировна.

Жёлчнокаменная болезнь и другие нарушения билиарного тракта.
Материалы научно-практической конференции для врачей, прошедшей в рамках Международной выставки «Сибздоровоохранение-2006».

Научное издание.

Подписано в печать 01.10.2006 г. Формат 60x90/16. Уч.-изд. л. 2,5. Тираж 300.
ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Росздрава
664003, г. Иркутск, ул. Красного восстания, 1

Спонсорская поддержка

конференции:

«АВВОТ»

(Гептрал)

«СОЛВЕЙ-ФАРМА»

(Дюспаталин, Креон)

«ФИК МЕДИКАЛЬ»

(Хофитол, Метеоспазмил)

«ГЛЕНМАРК»

(Релцер)