

М.Б. Щербиніна, д.м.н., професор, ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Жовчнокам'яна хвороба в Україні: дискусійні та невирішені питання

Клінічні та епідеміологічні дослідження свідчать, що за останні 15 років відмічено суттєве збільшення частоти захворювань біліарної системи [1, 2]. Так, пацієнтів із хронічним холециститом стало у 2 рази більше, ніж осіб, які страждають на виразкову хворобу [3].



М.Б. Щербиніна

У гастроентерологічних стаціонарах пацієнти з хронічними захворюваннями біліарного тракту становлять майже 30%, при цьому 60-79% випадків припадає на калькульозний холецистит. Загальновідомо, що основним методом лікування таких хворих є хірургічне втручання. У 2008 р. в Україні в структурі операцій на органах травлення та черевної порожнини холецистектомії посіли перше місце (9,5%), з них 97,5% були виконані з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) [4]. Таким чином, біліарна патологія нерідко призводить до втрати працездатності і є важливою соціально-економічною проблемою. На соціальний аспект цих недуг указують дані статистики про значне загальне «омолодження» та зміну гендерного співвідношення за рахунок зростання кількості пацієнтів чоловічої статі [5, 6].

Разом із цим прогрес у розумінні розвитку низки біліарних захворювань, а також упровадження в клінічну практику інформативних методів дослідження, нових методів лікування потребують перегляду та розробки сучасної тактики ведення таких пацієнтів. В Україні сьогодні залишаються відкритими питання класифікації захворювань біліарного тракту, статистичного обліку цих захворювань на державному рівні, організації адекватного обстеження пацієнтів з метою раннього виявлення патології, формування ЖКХ у дітей, наслідків холецистектомії тощо.

Класифікація ЖКХ

У ході обговорення питань класифікації будь-якого захворювання завжди підкреслюється необхідність її створення як певного інструменту для прийняття клінічних рішень у практичній діяльності лікаря. Важливо врахувати початкові стадії хвороби, виявлення яких дозволяло б ужити заходів, спрямованих на профілактику її прогресування. Наприклад, клінічні спостереження довели можливість трансформації біліарного сладжу в жовчні камені; таким чином, своєчасне виявлення біліарного сладжу та його усунення запобігає ЖКХ.

Відомо декілька спроб розробки клінічної класифікації ЖКХ. Так, D.M. Small у 1974 р. запропонував класифікацію ЖКХ, в рамках якої 3 з 5 стадій визначені як передкам'яні. У класифікації Х.Х. Мансурова (1982) було виділено докам'яну стадію – першу з 3 стадій формування ЖКХ. Ю.М. Дедерером і співавт. (1983) в основу класифікації були покладені особливості клінічного перебігу ЖКХ на стадії жовчних каменів, що вже сформувалися. На перше місце автори поставили латентну форму, ламаючи традиційне уявлення про ЖКХ як захворювання, перебіг якого обов'язково супроводжується жовчними кольками. С.А. Дадвані і співавт. (2000) також визначили латентну

форму, таким чином підкресливши одну з найважливіших особливостей ЖКХ.

Проте в роки появи зазначених класифікацій структурні зміни жовчі як початкова стадія ЖКХ могли бути виявлені переважно шляхом забору жовчі в ході дуоденального зондування та подальших біохімічних досліджень, а латентні форми перебігу – за допомогою рентгенологічного методу. Це утруднювало ранню діагностику хвороби. Ситуація змінилася внаслідок упровадження в широку практику ультразвукового дослідження (УЗД). Ультрасонографія надала можливість не лише досить точно визначити розміри, кількість і, певною мірою, структуру каменів жовчного міхура (ЖМ), але й дозволила за змінами ехоструктури жовчі виявляти початкові стадії захворювання. На цій підставі науковими співробітниками Центрального науково-дослідного інституту гастроентерології (ЦНДІГ, м. Москва, РФ) була запропонована така класифікація ЖКХ (у 2003 р. рекомендована III з'їздом Наукового товариства гастроентерологів Росії для застосування в клінічній практиці).

I стадія – початкова, або докам'яна

- А. Густа неоднорідна жовч.
- Б. Формування біліарного сладжу:
 - з наявністю мікролітів;
 - з наявністю замазкоподібної жовчі;
 - поєднання замазкоподібної жовчі з мікролітами.

II стадія – формування жовчних каменів

- А. За локалізацією:
 - у жовчному міхурі;
 - у загальній жовчній протоці;
 - у печінкових протоках.
- Б. За кількістю конкрементів:
 - поодинокі
 - численні.
- В. За складом:
 - холестеринові;
 - пігментні;
 - змішані.
- Г. За клінічним перебігом:
 - а) латентний перебіг;
 - б) з наявністю клінічних симптомів:
 - больова форма з типовими жовчними кольками;
 - диспепсична форма;
 - під маскою інших захворювань.

III стадія – хронічний рецидивуючий калькульозний холецистит.

IV стадія – ускладнення.

Доцільність виділення I стадії ЖКХ не тільки теоретично обґрунтовано, але й практично підтверджено результатами УЗД. На цій стадії під впливом засобів, спрямованих на нормалізацію обміну холестерину та відновлення скоротливої функції ЖМ (препарати жовчних кислот; засоби, що підсилюють холерез і холецистостіміз), за порівняно короткий термін (від 1 до 3 міс) можливо ліквідувати макроскопічно видимі зміни в структурі жовчі, що було показано в дослідженнях, проведених у ЦНДІГ.

Представлені класифікаційні ознаки II стадії ЖКХ дозволяють чіткіше визначити показання до різних видів консервативної терапії або хірургічного лікування. Залежно від локалізації жовчних каменів, їх кількості, розмірів, структури та клінічного перебігу хвороби встановлюються показання до літотичної терапії (пероральної або черезшкірної черезпечінкової), літотрипсії (екстракорпоральної або контактної), балонної дилатації сфінктера Одді, папілотомії або папілосфінктеротомії, лапароскопічної або відкритої холецистектомії.

III стадія ЖКХ викликала чимало питань під час обговорення місцезнаходження хронічного калькульозного холециститу в структурі захворювань ЖМ. Частіше ця хвороба фігурує в класифікаціях холециститів, де виділяється хронічний некалькульозний і калькульозний холецистит, або у вигляді самостійної нозологічної форми поза зв'язком із ЖКХ. Це обумовлено існуванням двох поглядів на послідовність формування хронічного калькульозного холециститу. Перший припускає спочатку розвиток хронічного запального процесу в ЖМ та подальше формування в ньому каменів. Згідно з другим хронічний холецистит є ускладненням холецистолітазу. На думку Ш. Шерлок, хронічний калькульозний холецистит є найпоширенішим захворюванням ЖМ і характеризується майже постійним поєднанням хронічного холециститу та каменів. Цим пояснюється повний збіг етіологічних чинників у разі хронічного калькульозного холециститу та утворення жовчних каменів. Хронічному запаленню може передувати гострий холецистит, але зазвичай воно розвивається поволі. Таким чином, слід визнати, що провідним механізмом розвитку калькульозного холециститу є приєднання запального процесу в стінці ЖМ до холелітазу. Такі уявлення зафіксовані також у МКХ 10-го перегляду, в якій поєднання каменів ЖМ та його запалення віднесено до підрубрик ЖКХ та виключено підрубрику «Хронічний холецистит з холелітазом»:

- К 80. Жовчнокам'яна хвороба
- К 80.0. Камені жовчного міхура з гострим холециститом
- К 80.1. Камені жовчного міхура з іншим холециститом
- К 80.2. Камені жовчного міхура без холециститу (холецистолітазу)
- К 80.3. Камені жовчної протоки (холедохолітазу) з холангітом
- К 80.4. Камені жовчної протоки з холециститом (холедохо- та холецистолітазу)
- К 81. Холецистит (без холелітазу)
- К 81.1. Хронічний холецистит
- Виключений: з холелітазом (К 80.-)
- Виходячи з цього хронічний калькульозний холецистит необхідно розглядати як стадію ЖКХ. Взаємно посилюючи перебіг один одного, обид-

ва патологічні процеси – і камені, й запальний процес – неминуче призводять до втрати основних функцій ЖМ та різного роду ускладнень. Отже, основним методом лікування на цій стадії є оперативне втручання.

Завершальною вважається IV стадія, що супроводжується приєднанням різних ускладнень.

Епідеміологічні дослідження, проведені з використанням цієї класифікації, показали, що поширеність ЖКХ на початковій стадії значно вища, ніж на стадії холелітазу. Так, у ході скринінгового обстеження 404 осіб, запрошених методом випадкової вибірки, було виявлено 152 (37,6%) хворих на ЖКХ. У половині пацієнтів (77 осіб, 50,6%) захворювання виявлено вперше, з них I стадія – у 61 особи (79,2%), II та III стадії – у 13 хворих (16,9%), у 3 осіб (3,9%) ЖКХ виявили на IV стадії, перебіг якої характеризується ускладненнями [7]. Разом із цим слід зазначити, що перебіг ЖКХ не завжди передбачає наведені у визначеній послідовності стадії: ускладнення захворювання можуть спостерігатись на будь-якому етапі, в тому числі й на I стадії.

В Україні рекомендовані до застосування «Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція)», в яких ЖКХ та хронічний калькульозний холецистит відокремлюються. Зважаючи на те що згадані класифікації були прийняті у 2003 р., існує потреба в їх перегляді з визначенням докам'яних стадій ЖКХ. Слід зазначити, що успіхи у вивченні біліарного літогенезу, досягнуті протягом останніх трьох десятиліть, дали суттєвий поштовх до розробки методів консервативного лікування ЖКХ, а широке розповсюдження УЗД сприяє виявленню патології на ранній стадії, що відкриває широкі можливості як для первинної, так і для вторинної профілактики ЖКХ.

Розповсюдженість ЖКХ серед дорослого населення у світі та в Україні

Відомо, що розповсюдженість ЖКХ відрізняється залежно від місця проживання людини та оточуючого середовища. Так, у жителів країн Африки (Єгипет, Замбія, Нігерія тощо) жовчні камені спостерігають рідко, натомість у розвинених країнах ЖКХ виявляється в 10-15% дорослого населення. За епідеміологічними дослідженнями, частота ЖКХ серед дорослого населення Європи становить від 5,9-10 до 15-21,9% з максимальними показниками в Норвегії (21,9%) та Східній Німеччині (19,7%), дещо меншими – в Італії [8, 9]. Значно поширена ця патологія в країнах Північної Америки та Китаї: середня кількість пацієнтів із ЖКХ знаходиться тут на рівні 12-20%, прогресивно зростаючи в старших вікових групах до 35%.

Важливо підкреслити виражену тенденцію до збільшення кількості пацієнтів

з ЖКХ: упродовж останніх 40 років захворюваність на неї у світі в середньому подвоювалась кожні 10 років [10]. Так, протягом цього періоду за даними аутопсії кількість хворих на холелітіаз виросла у Великобританії в 3,4 разу; в Японії – у 5,6; у Росії – в 2,8 разу [11]. На думку провідних фахівців, ЖКХ є одним із найпоширеніших захворювань у Росії (40%) [7]. Таким чином, сьогодні у світі серед хронічних захворювань органів травлення ЖКХ поступається першістю лише виразковій хворобі.

В Україні ЖКХ також має високі темпи зростання поширеності й захворюваності. Згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ України, спостерігаються певні зміни в структурі захворюваності на хронічні захворювання органів травлення: у 2006–2007 рр. перше місце посідали гастрит та дуоденіт – 29,1 та 28,6% відповідно. У 2008 р. вони поступилися місцем хворобам біліарного тракту (хронічному холециститу, холангіту, ЖКХ), що досягли 25,1% від загальної кількості в дорослій популяції; частка гастриту та дуоденіту зменшилася до 24,5%. Загалом у 2006–2008 рр. зросла поширеність хвороб біліарного тракту на 10,9%, при цьому показник захворюваності на них збільшився на 0,1% [12]. Щодо поширеності ЖКХ, то цей показник у 1999 р. становив 387,6 на 100 тис. дорослого населення, а у 2008 р. – 694,6 на 100 тис. дорослого населення (темп зростання – 79,2%). За захворюваність за цей період збільшилася на 33,7%, досягнувши у 2008 р. 105,9 на 100 тис. дорослого населення. Разом із цим у 2008 р. пацієнти з ЖКХ серед дорослого населення України за розрахунками показників статистики МОЗ України становлять лише близько 0,7%, що не відповідає середнім європейським показникам, наведеним вище.

Такі цифри розповсюдженості ЖКХ перш за все можуть бути обумовлені відсутністю в Україні сучасної класифікації захворювань ЖМ та жовчовивідних шляхів. У нашій країні за статистичними формами МОЗ України реєструються 3 захворювання з групи біліарного тракту, причому 2 з них у сполученні (хронічний холецистит і холангіт) та 1 окремо (ЖКХ). На наш погляд, такий підхід не є коректним. Дані щодо хронічного холециститу та холангіту складно інтерпретувати. Хронічний холецистит не завжди супроводжується холангітом, останній може існувати у пацієнта з видаленням ЖМ тощо. У рубрику «хронічний холецистит» нерідко відносять як безкам'яний, так і калькульозний холецистит. Отже, неможливо з'ясувати, що насправді відображають отримані цифри.

Оскільки хронічний безкам'яний холецистит зазвичай супроводжується формуванням біліарного сладжу, за кордоном цю нозологічну форму частіше розглядають як фізико-хімічну стадію холестеринового калькульозу, в разі якої необхідно призначати превентивну терапію з метою запобігання утворенню каменів у ЖМ. Враховуючи особливості статистичної реєстрації в нашій країні, логічно було припустити, що, поєднавши відсотки розповсюдженості холециститу, холангіту та ЖКХ, ми отримаємо значення, близьке до європейських показників. Проте й після цього кількість пацієнтів із біліарною патологією серед дорослого населення України у 2008 р. становила лише 4,7%. Таким чином, показники офіційної статистики недостатньо об'єктивно відображають закономірності формування біліарної патології. Очевидно, необхідним є удосконалення

статистичного обліку цих захворювань на державному рівні.

Крім того, існує потреба в проведенні епідеміологічних досліджень у цьому напрямі. Достовірна та повна інформація про природний перебіг захворювання, його розповсюдженість, виявлення керованих та некерованих факторів ризику, аналіз успішності, дієвості, доступності профілактичних заходів щодо її припинення дадуть підставу для розробки політики та планових програм у галузі охорони здоров'я з профілактики, методів ранньої діагностики та лікування ЖКХ.

Проблеми діагностики ЖКХ

За останні роки відбулись суттєві зміни методів діагностики захворювань біліарної системи. Відмінною їх рисою є можливість виявлення початкової стадії ЖКХ (густа неоднорідна жовч, біліарний сладж), низки функціональних та морфоструктурних порушень біліарного тракту, які раніше вважались рідкісною патологією або взагалі не діагностувалися. Водночас необхідно зазначити, що окремі лікувально-профілактичні заклади вельми різноманітні за оснащенням, укомплектованістю кадрами та їх кваліфікацією, від чого залежить кількість і спектр досліджень, що проводяться у цих закладах. З огляду на це серед питань діагностики ЖКХ необхідно розглянути 2 такі напрями: розвиток сучасних методів діагностики захворювань біліарної системи та організацію їх проведення в практичній медицині.

Сьогодні золотим стандартом діагностики біліарних захворювань вважають трансабдомінальне УЗД, з якого, як правило, починають обстеження. Це дозволяє з високою точністю визначити положення, форму та розміри ЖМ, структурний стан його стінки, особливості вмісту. Проводиться також оцінка змін печінки, загальної жовчної протоки та сполучених органів. Перевагами методу є неінвазивність, швидкість отримання результату, відсутність протипоказань. Безпечність УЗД підтверджується його використанням для ідентифікації гострого абдомінального болю у вагітних (рівень доказовості А). УЗД є найдоступнішим методом для визначення жовчних конкрементів (рівень доказовості А). Для каменів у ЖМ та міхуровій протоці чутливість методу становить 89%, специфічність – 97%; для каменів у загальній жовчній протоці – чутливість менше 50%, специфічність – 95%, тому необхідний подальший цілеспрямований пошук.

Діагностика сітчастих форм холестерозу, який може передувати або сполучатися з ЖКХ, за допомогою трансабдомінального УЗД дещо ускладнена. Ці форми діагностують методом УЗД в разі знаходження регіонального ущільнення стінки ЖМ із використанням прийому зниження режиму роботи апарату до повного зникнення стінки органу та паренхіми печінки. Для виконання останньої умови необхідно зменшити інтенсивність випромінювання електронно-променевої трубки прибори, що працює за принципом сірої шкали, при цьому у стінці ЖМ виявляються чіткі ехопозитивні поодинокі включення, які мають вигляд локальних ущільнень та потовщення стінки або білої смуги.

Безперечною перевагою УЗД є можливість дослідити скорочувальну функцію ЖМ, для чого проводиться дослідження з жовчогінним сніданком. Це дослідження має певне значення в дітей для оцінки холеретичного та холецистоткінетичного ефектів різних лікарських препаратів, які застосовуються

в терапії захворювань біліарного тракту. Щодо визначення гіпертонічної функції сфінктера Одді за ступенем дилатації загальної жовчної протоки після жовчогінного сніданку, то метод має значну погрішність.

Можливості УЗД суттєво обмежені в разі надмірного газоутворення та підвищеної ваги у пацієнта. Існують певні труднощі під час виконання УЗД проток жовчовивідної системи. Практично неможливо отримати зображення всієї загальної жовчної протоки в площині одного перетину; особливо складна для дослідження його дистальна частина внаслідок ретробульбарного розташування. Міхурова протока зазвичай визначається лише на невеликій ділянці, де є перегин у місці переходу шийки в міхурову протоку.

З урахуванням анатомо-топографічних особливостей позапечінкових жовчних проток та нюансів їх візуалізації досить складною видається діагностика холедохолітіазу, аномалій міхурової та загальної жовчної проток за допомогою УЗД. Тому для їх виявлення потрібен якісно новий рівень діагностики. Серед інтраскопічних методів у першу чергу рекомендоване ендоскопічне УЗД. Вважають, що потреба в його застосуванні за біліарної патології виникає в 30% випадків. Ендоскопічне УЗД дозволяє виявити холестерозні ураження ЖМ, жовчних проток і, головне, не лише конкременти, а й мікроліти загальної жовчної протоки діаметром менше 2 мм. Точність методу в діагностиці холедохолітіазу висока – 96–100%.

Паралельно процесу оновлення технологій деякі методи майже не застосовуються в практиці. Так, унаслідок низької чутливості та специфічності втратили своє значення пероральна холестицистографія та внутрішньовенна холестицистографія. Разом із тим із методів променевої діагностики вагоме значення зберігає ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ). Метод дозволяє візуалізувати жовчні протоки, внутрішньопечінкові жовчні ходи, ЖМ (у тому числі і в разі порушення функції виділення печінки, відключеного ЖМ та недостатності сфінктера Одді). За допомогою ЕРХПГ можна диференціювати кісти від конкременту та поліпа, визначити природу конкрементів (холестеринові чи пігментні), що має значення для вибору лікувальної тактики. Важливо також, що ЕРХПГ допомагає відрізнити органічні зміни від функціональних. Показаннями для виконання ЕРХПГ є:

- рецидивуючий біль у животі, причина якого не була виявлена на попередніх етапах дослідження;
- рецидивуюча жовтяниця невизначеної етіології;
- відсутність візуалізації ЖМ на УЗД;
- підозра на холедохолітіаз.

Чутливість та специфічність ЕРХПГ для визначення конкрементів у загальній жовчній протоці становить близько 95%. Перевагою методу є можливість ендоскопічних втручань на жовчних шляхах з метою відновлення відтоку жовчі (папілодилатації, папілотомії, папілосфінктеротомії) та екстракції конкременту. Значущість ЕРХПГ зростає, якщо пацієнт потребує оперативного втручання на жовчних шляхах. Після проведення ЕРХПГ можливий обґрунтований вибір обсягу операції, термінів і виду хірургічного втручання (лапароскопічна операція або лапаротомія).

До недоліків ЕРХПГ відносять інвазивність дослідження, психологічне та фізичне навантаження для пацієнта, ризик розвитку різноманітних ускладнень (кровотечі, перфорації, холангіту,

гострого холециститу, нагноєння кісти підшлункової залози та ін.). Після ЕРХПГ часто виникає загострення хронічного панкреатиту, який зазвичай є супутником біліарної патології. Частота ЕРХПГ-індукованого панкреатиту може досягати 30% та більше, проте ефективні міри щодо його профілактики не розроблені.

ЕРХПГ, яку вважали золотим стандартом у діагностиці холедохолітіазу, виявилась малоінформативною за наявності рентгеннегативних каменів і каменів діаметром менше 5 мм. Часто та хибнонегативних результатів у таких випадках досягає 15%. Необхідно враховувати також той факт, що ЕРХПГ технічно не може бути здійснено в разі стенозуючого папіліту, операцій шлунка, парафатеріальних дивертикулів, розташування фатерова сосочка у дивертикулі тощо.

Діагностична ЕРХПГ не може проводитись для оцінки причини панкреобіліарного болю за відсутності об'єктивних даних, що отримані в результаті проведення інших візуалізаційних досліджень (рівень доказовості В). Діагностична ЕРХПГ не показана як рутинне дослідження, що передують лапароскопічній холецистектомії (рівень доказовості В). ЕРХПГ може бути проведена досвідченими ендоскопістами як у дітей, так і у вагітних за наявності показань з найменшою експозицією радіації (рівень доказовості В).

Щодо комп'ютерної томографії (КТ) органів черевної порожнини, то для діагностики захворювань біліарного тракту вона має досить вузькі показання. Це обумовлено декількома моментами. У діагностиці аномалій ЖМ інформативність КТ нижча за таку УЗД. Конкременти та різні утворення в порожнині ЖМ достовірно визначаються лише у випадках їх кальцифікації. В інших випадках можна лише констатувати наявність утворення в протоці. Також утруднена візуалізація міхурної протоки. Таким чином, виконання КТ показане у випадку диференціальної діагностики об'ємних утворень від пухлини, дивертикулів, водянки ЖМ, абсцесу печінки.

Розвивається та поступово входить в клінічну практику магнітно-резонансна холангіогастропанкреатографія (МРХПГ), яка суттєво відрізняється від КТ. Під час обстеження відсутнє променеве навантаження, немає потреби в особливій підготовці пацієнта, а дослідження печінкових проток виконуються без уведення контрасту (використовуються властивості самої жовчі як природної контрастної речовини). Досвід використання цього методу свідчить про його високу діагностичну значущість для оцінки біліарної патології. МРХПГ може застосовуватись на будь-яких стадіях вагітності за умови невикористання внутрішньовенного контрастування за допомогою гадолінію (рівень доказовості В).

МРХПГ з високою точністю визначає аномалії жовчовивідних шляхів, що дозволяє обрати тактику лікування ЖКХ, у тому числі об'єм оперативного втручання. У разі сполучення МРХПГ зі звичайною магнітно-резонансною томографією можливе уточнення співвідношення холедоху з голівкою підшлункової залози та дванадцятипалою кишкою, таким чином вдається визначити локалізацію конкременту в ампулярному відділі холедоху. Отримані дані дозволяють рекомендувати МРХПГ замість інвазивного та травматичного методу дослідження – ЕРХПГ.

Далі буде.

