

Возможна ли эффективная профилактика холецистолитиаза?

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – одно из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения, поражающее все слои населения, сохраняющее устойчивую тенденцию к росту заболеваемости и являющееся существенным бременем для здравоохранения многих стран мира. По данным R.S. Sandler и соавт., в США только прямые затраты на лечение больных ЖКБ составляют 5,8 млрд долларов в год – больше тратится только на лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Проблема ЖКБ в настоящее время является одной из актуальных в гастроэнтерологии и требует решения целого ряда задач, среди которых можно выделить две главные. В первую очередь, необходима переориентация диагностики на выявление заболеваний на ранних, предкаменных стадиях. Во-вторых, существует потребность в разработке методов консервативного лечения, направленных на изменение литогенных свойств желчи и предотвращение прогрессирования заболевания и перехода его в стадию формирования желчных камней. Решение этих задач создаст основу для первичной профилактики холелитиаза.

В 1974 г. D. Smally предпринял первую попытку выделить предкаменную стадию ЖКБ. Согласно предложенной им классификации выделялась стадия биохимических изменений желчи с последующими физико-химическими нарушениями ее структуры, приводящими к формированию кристаллов холестерина. В 1982 г. Х.Х. Мансуров выделил физико-химическую стадию ЖКБ.

Классификации ЖКБ с выделением ранних стадий носили теоретический характер и имели ограниченное значение для практики, так как диагностика предкаменной стадии основывалась на биохимическом исследовании желчи, полученной с помощью дуоденального зондирования или прямого канюлирования желчных путей. В связи с этим упомянутые классификации, несмотря на свою прогрессивность, не нашли широкого практического применения.

Внедрение в клиническую практику УЗИ позволило сделать этот метод основным в диагностике холелитиаза и, что особенно ценно, выявлять ЖКБ на ранней стадии – стадии формирования макроскопически различающихся структурных изменений в пузырной желчи.

В последней классификации ЖКБ, одобренной III съездом гастроэнтерологов России в 2002 г. и рекомендованной для применения в клинической практике, предкаменная стадия подразделена на стадию густой неоднородной желчи и стадию формирования билиарного сладжа (БС). При этом выделены 3 основных типа БС: в виде взвеси гиперэхогенных частиц, сгустков замазкообразной желчи и сочетания замазкообразной желчи с микролитами.

С практической точки зрения наибольший интерес представляет билиарный сладж. Термин впервые появился в 1970-х гг. в англоязычной литературе (sludge – грязь, муть, ил). К сожалению, адекватного эквивалента в русском языке, который мог бы быть использован в отечественной литературе, не найдено, что способствовало заимствованию этого термина в оригинальной транскрипции.

Клиника

Клиническая симптоматика при БС не изучена. Следует отметить, что в последние годы в связи с широким применением УЗИ и проведением обширных скрининговых

исследований изменилось представление о клинической картине ЖКБ и накоплены определенные сведения о клиническом течении БС. По нашим данным, при БС боли встречаются более чем у половины пациентов, нередко отмечают симптомы билиарной диспепсии и только в 21% случаев не удается выявить каких-либо жалоб. Более яркая клиническая симптоматика при БС вполне объяснима. Во-первых, в отличие от желчных конкрементов БС может свободно проходить по всей протоковой системе, постоянно раздражая богатую болевыми рецепторами слизистую оболочку желчевыводящих путей, особенно сфинктерного аппарата. Во-вторых, сократительная функция желчного пузыря (СФЖП) при БС, как показали исследования, страдает меньше, чем при холецистолитиазе. Коэффициент опорожнения желчного пузыря после желчегонного завтрака при различных формах БС составляет в среднем 31-36%.

Длительное нахождение БС в желчном пузыре не только обуславливает клиническую симптоматику, но и способствует развитию различных осложнений. К наиболее частым из них относятся билиарный панкреатит. Исследованиями установлено, что частота выявления БС у больных с идиопатическим панкреатитом, по данным разных авторов, достигает 33-75%. При исследовании желчи в течение первых 24 ч от начала заболевания у пациентов с острым идиопатическим панкреатитом микролитиаз выявляется значительно чаще – в 80% случаев.

Одним из тяжелых осложнений БС является развитие рубцового сужения дистальных отделов холедоха и сфинктера Одди, в результате чего формируются внутрипротоковая панкреатическая гипертензия и хронический обструктивный панкреатит. Реже вследствие стеноза холедоха развивается механическая желтуха. Из других осложнений БС следует отметить отключенный желчный пузырь, острый холецистит, гнойный холангит.

Диагностика

Основным методом диагностики БС является трансабдоминальная ультрасонография (ТУС). Исследование проводят в положении больного на спине, левом боку и после перемены положения. Чувствительность ТУС в диагностике БС составляет 55-65%, специфичность – более 90%. При метеоризме, выраженной подкожно-жировой клетчатке передней брюшной стенки исследование с помощью трансабдоминальной ультрасонографии может быть затруднено. В этих ситуациях ТУС дополняется эндоскопической ультрасонографией (ЭУС), информативность которой в диагностике БС существенно выше (чувствительность 92-96%, специфичность – 86-100%). ЭУС показана и в тех случаях, когда имеются трудности в проведении дифференциального диагноза, например между фиксированным к стенке желчного пузыря сгустком замазкообразной желчи и пристеночными образованиями преимущественно опухолетового генеза.

С помощью УЗИ изучают состояние стенки желчного пузыря (наличие холецистоза или воспаления), что в ряде случаев может объяснить причину формирования БС. Важно исследование СФЖП. С этой целью изучают базальный объем желчного пузыря и объем после желчегонного завтрака. При сохраненной СФЖП коэффициент опорожнения составляет не менее 50%.

Для диагностики БС используются и другие методы. По данным компьютерной томографии у пациентов с БС прозрачность пузырной желчи ниже, чем в норме. Для диагностики БС проводят прямое микро-скопическое исследование пузырной желчи, хотя этот метод реже применяется на практике, чем сонография.

Несмотря на то что УЗИ позволяет достаточно точно судить о функциональном состоянии желчного пузыря, диагностика дисфункций сфинктера Одди с помощью УЗИ затруднена. Одним из наиболее информативных методов оценки функционального состояния желчевыводящих путей и биохимического состава желчи является этапное хроматическое дуоденальное зондирование (ЭХДЗ). Применение ЭХДЗ с изучением стимулированного дебита желчи и количества основных ее компонентов дает возможность в рамках одного исследования диагностировать нарушения процессов желчеобразования, желчеотделения, моторики билиарного тракта и выявлять степень билиарной недостаточности при БС. Исследования показывают, что часто причиной гипокинезии желчного пузыря и, как следствие, причиной формирования БС является гипертонус сфинктера Одди. Таким образом, в настоящее время для диагностики БС имеются все возможности и обоснована необходимость его элиминации. Эти факторы послужили серьезным стимулом для разработки методов терапии БС.

Лечение

Единая тактика ведения пациентов с БС и терапия при начальной стадии ЖКБ не разработаны. Высказывается мнение о том, что пациенты с БС без каких-либо клинических проявлений не требуют медикаментозного лечения и врачебного наблюдения. В спорности подобного взгляда убеждают данные, свидетельствующие о том, что у 13% пациентов с бессимптомным течением БС, даже с длительным (до 6 лет), впоследствии возникают различные клинические проявления. По мнению других авторов, целесообразно применение коротких курсов литолитической терапии.

Наш опыт показывает, что показанием к проведению курсов консервативной терапии при БС, даже не сопровождающегося клинической симптоматикой, является стойкое его выявление по данным УЗИ на протяжении 3 мес.

Тактика ведения больных определяется особенностями клинического течения БС, и по этому признаку всех пациентов можно разделить на 3 группы:

- не требующие лечения, так как устранение этиологического фактора приводит к регрессу БС;
- нуждающиеся в лечении, поскольку без соответствующего лечения БС трансформируется в желчные камни с вовлечением в патологический процесс других органов и систем;
- нуждающиеся в хирургическом лечении, без которого возможны осложнения, требующие неотложного хирургического вмешательства, с высоким риском гнойных осложнений и летальности.

1 Препараты желчных кислот, в частности урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), считаются базисными при БС.

Литолитический эффект УДХК объясняется снижением литогенности желчи вследствие формирования жидких кристаллов с молекулами холестерина, предупреждением образования и растворением мелких холестериновых камней. Препараты УДХК назначают в дозе 10 мг/кг 1 раз/сут на ночь. Курс лечения зависит от формы БС. Для билиарного сладжа в виде взвеси гиперэхогенных частиц обычно бывает достаточным месячного курса лечения. При других формах курс лечения более длительный, но, как правило, не превышающий 3 мес.

Эффективность урсотерапии в сроки лечения до 3 мес в зависимости от вида БС составляет 75-85%. При необходимости терапию продолжают до полной элиминации сладжа из желчного пузыря. С периодичностью 1 раз в 3 мес проводят УЗИ и биохимическое исследование крови (уровень общего холестерина, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП).

При наличии спазма сфинктера Одди к урсотерапии целесообразно добавить мебеверин по 200 мг 2 р/сут, что уменьшает сроки необходимого лечения и повышает частоту элиминации БС.

Отдельные авторы, придерживающиеся классификации ЖКБ по Х.Х. Мансурову, на так называемой физико-химической стадии заболевания отмечают положительный терапевтический эффект применения модулированных токов (МТ) с частотой модуляции 50 Гц и глубиной 100% (9-10 сеансов). По сравнению с низкоинтенсивным ультразвуком МТ в 95,4% случаев нормализуют сократительную функцию желчного пузыря.

Существует мнение, что у больных с наличием литогенной желчи для профилактики холестеринового камнеобразования целесообразно выполнять эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), так как через 5-6 лет у 36% таких пациентов образуются конкременты в желчном пузыре. С этим мнением трудно согласиться по двум причинам. Во-первых, коррекция дисхолии с помощью современных лекарственных препаратов на начальной стадии ЖКБ не представляет особых трудностей. Во-вторых, осложнения, развившиеся во время проведения ЭПСТ, и ее последствия у части пациентов могут быть более серьезными, чем риск развития холелитиаза.

В ряде случаев после успешной терапии БС может возникнуть вновь. В этой ситуации повторные курсы терапии позволяют быстро купировать рецидив.

Таким образом, последние достижения в изучении процессов желчеобразования и желчевыведения, а также уточнение процессов, участвующих в секреции литогенной желчи, и факторов, которые способствуют формированию БС, создали серьезную научную базу для разработки эффективных методов коррекции нарушенного биохимического состава желчи. В рамках этих подходов наряду с препаратами желчных кислот могут применяться и лекарственные средства растительного происхождения. Своевременное выявление БС и применение эффективных средств, способствующих его элиминации, создают все условия для эффективной первичной профилактики холестолитиаза.

Статья печатается в сокращении. Список литературы находится в редакции.

Русский медицинский журнал, 2010, т. 18, № 18.