

М.Б. Щербинина, д.м.н., профессор, ГУ «Інститут гастроентерології НАМН України», г. Днепропетровськ

## Современная классификация желчнокаменной болезни

**Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) представляет собой многофакторное заболевание с четкими клиническими, патофизиологическими и морфологическими особенностями. Патогномичным признаком является наличие в желчевыводящих путях, преимущественно желчном пузыре, билиарного сладжа и/или желчных камней.**

Глубокое понимание сущности заболевания и подходов к его ведению раскрыл в своем выступлении еще в 1961 г. выдающийся терапевт, академик В.Х. Василенко: «...Желчнокаменная болезнь представляет узловой пункт длительных и опасных страданий человека. <...> Можно признать, что задолго до появления конкrementов заболеванию предшествует серия различных обстоятельств образа жизни, обстоятельств нередко приятных (питание, питье, беременность, изменения метаболизма) в сочетании с некоторыми генетическими факторами. Этот период предистории только намекает на возможность желчнокаменной болезни. Когда же наступают функциональные и органические изменения желчных путей и соседних органов (дискинезия желчного пузыря, холецистит, гастрит и т.п.), то этот период следует квалифицировать как предболезнь, как первую стадию желчнокаменной болезни, почти неизбежно ведущую к ее расцвету.

Клиническая картина желчнокаменной болезни, т.е. ее вторая стадия («каменный век»), всегда имеет свои периоды развития. Начальный период бывает латентным (носительство конкrementов), затем период более или менее жестоких проявлений и длительных колебаний общего состояния больного.

Почти неизбежно желчнокаменная болезнь ведет к многочисленным последствиям или осложнениям (патология пузыря — эмпиема и карцинома, панкреатит — острый или хронический, перигепатит и т.д.). Это представляет третью стадию болезни, окруженную созвездием осложнений.

Лечение лиц, страдающих этим конгломератом болезненных процессов, может закончиться полным выздоровлением, но, как правило, только частичным с более или менее спокойным патологическим состоянием. Это можно назвать четвертой стадией болезни (точнее, жизни больного), уже бескаменной, но требующей всегда наблюдения и периодического лечения.

Такое представление течения желчнокаменной болезни и больного по стадиям имеет непосредственное практическое значение. Внимательный врач может и должен помочь пациенту и в период предзаболевания, и в первую стадию ее профилактическими и лечебными мерами на основе предвидения направления патологического процесса» [1].

В настоящее время отмечено быстрое увеличение распространенности ЖКБ, преимущественно в промышленно развитых странах. Среди взрослого населения Европы и США холелитиаз выявляется в пределах 10-15% и становится одним из наиболее часто встречаемых и самых финансово затратных для лечения заболеваний пищеварительной системы, требующих госпитализации [2, 3]. По мнению экспертов ВОЗ, наиболее важными причинами этого являются ежегодное увеличение потребления табака и алкоголя, повышенный уровень холестерина крови, избыточная масса тела, недостаточное употребление фруктов и овощей, малоподвижный образ жизни [4].

К сожалению, ЖКБ до сих пор многими врачами привычно рассматривается как хирургическая патология. При этом

золотым стандартом лечения считается метод, направленный на удаление органа. Однако удаление желчного пузыря не решает проблему ЖКБ. Необходимо подчеркнуть, что течение заболевания имеет комплексный характер. В патологическом процессе образования желчных камней, кроме билиарной системы, активная роль принадлежит печени и кишечнику. Примерно у 40% пациентов после холецистэктомии сохраняются или через какое-то время возникают нарушения работы пищеварительной системы, прямо или косвенно связанные с самой операцией, а также заболевания, прогрессирующие в результате операции. Это значительно снижает качество жизни пациентов. Продолжает изучаться связь холецистэктомии с развитием рака желудка, печени, толстой кишки.

Научные достижения, которые улучшили наше представление о ЖКБ и предоставили новые возможности для ее эффективного лечения, должны послужить основой усиления терапевтической тактики ведения пациентов, особенно в ее предкаменной стадии.

В размышлениях академика В.Х. Василенко предопределен, по сути, современный взгляд на ЖКБ. С учетом высказанных положений было предложено несколько классификаций этого заболевания [5-9].

**Классификация ЖКБ по D.M. Small (1974):**

I стадия — генетические, биохимические и метаболические дефекты, приводящие к перенасыщению холестерином желчи;

II стадия — химическая: при биохимическом исследовании желчи определяются признаки литогенной желчи;

III стадия — физическая: образуются кристаллы холестерина;

IV стадия — рост кристаллов и формирование холестериновых камней;

V стадия — появление клинических симптомов холелитиаза.

**Х.Х. Мансуров (1982) в классификации ЖКБ** выделил два периода — доклинический и клинический — с тремя стадиями течения:

I стадия — нарушение физико-химических свойств желчи в результате секреции печени литогенной желчи; клинические проявления ЖКБ отсутствуют;

II стадия — образование желчных камней, которое протекает без ярких клинических проявлений;

III стадия — хирургическая; по мнению автора, для этой стадии характерны явления обтурации.

**В классификации ЖКБ Ю.М. Дедерера и соавт. (1983)** были выделены следующие формы:

- латентная;
- диспептическая;
- болевая хроническая;
- желчная колика и хроническая рецидивирующая;
- прочие (стенокардитическая, синдром Сейнта).

**Клинические формы ЖКБ по С.А. Дадвани и соавт. (2000):**

- латентная (каменосительство);
- первично-хронический холецистит;
- печеночная (желчная) колика;
- хронический рецидивирующий калькулезный холецистит;

— хронический резидуальный холецистит;

— прочие формы (стенокардитическая, синдром Сейнта).

**Рабочая классификация ЖКБ И.И. Дегтяревой и И.Н. Скрыпник (2000) предлагает следующее.**

1. Хронический холецистит с наличием литогенных свойств желчи (физико-химическая стадия холестеринного или смешанного калькулеза).

2. Хирургическая стадия калькулезного холецистита (ЖКБ):

- с частыми приступами желчной колики;

- с постоянным болевым и диспепсическим синдромом (методы лечения: химическая, ударно-волновая литотрипсия, а также классическая холецистэктомия или лапароскопический ее вариант).

3. Латентная форма, часто проявляющаяся панкреатическими атаками, острыми формами панкреатита.

4. Холелитиаз внутривенечных желчных протоков (преимущественно пигментные желчные камни).

5. Осложнения ЖКБ: «отключенный» желчный пузырь, водянка, эмпиема, перфорация, свищ желчного пузыря, механическая желтуха, острый или хронический рецидивирующий панкреатит.

6. Состояние после холецистэктомии по поводу ЖКБ (отсутствие клинических проявлений заболевания через 6-12 мес и более).

7. Постхолецистэктомический синдром:

- холангиогепатит;
- хронический рецидивирующий или хронический панкреатит с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы;

- рекалькулез культи желчного пузыря;

- возникновение камней во внутривенечных желчных ходах.

Как видим, в каждой из приведенных классификаций подчеркивались важные клинические особенности ЖКБ — предкаменный период, латентная форма (каменосительство). Однако в годы создания этих классификаций литогенные изменения желчи могли быть обнаружены только путем ее забора при дуоденальном зондировании, а латентное течение — при использовании рентгенологического метода, что затрудняло диагностику. Положение изменилось с внедрением в широкую практику ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости. Кроме того, ряд терминологических понятий, использованных в этих классификациях, пересмотрен в последнее время.

**Одна из последних классификаций ЖКБ разработана в Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии (г. Москва) и рекомендована III съездом Научного общества гастроэнтерологов России (2003) для применения в клинике [10, 11].**

I стадия — начальная, или предкаменная.

A. Густая неоднородная желчь.

B. Формирование билиарного сладжа:

- с наличием микролитов;
- с наличием замазкообразной желчи;
- сочетание замазкообразной желчи с микролитами.



М.Б. Щербинина

II стадия — формирование желчных камней.

A. По локализации:

- в желчном пузыре;
- в общем желчном протоке;
- в печеночных протоках.

B. По количеству камней:

- одиночные;
- множественные.

B. По составу:

- холестериновые;
- пигментные;
- смешанные.

Г. По клиническому течению:

- а) латентное течение;
- б) с наличием клинических симптомов:

- болевая форма с типичными желчными коликами;

- диспептическая форма;
- под маской других заболеваний.

III стадия — хронический рецидивирующий калькулезный холецистит.

IV стадия — осложнения.

Авторы классификации оговаривают, что становление ЖКБ не всегда проходит последовательно приведенные стадии. Так, осложнения заболевания могут наблюдаться на любом этапе, в том числе на его первой стадии.

При обсуждении российской классификации ЖКБ наиболее спорным был вопрос о месте нахождения хронического калькулезного холецистита в структуре заболеваний желчного пузыря. В приведенной классификации хронический калькулезный холецистит является одной из ее стадий. Однако долгое время заболевание рассматривали как самостоятельную нозологическую форму, вне связи с ЖКБ. Это обусловлено существованием двух взглядов на последовательность формирования хронического калькулезного холецистита. Первый допускает первичное развитие хронического воспалительного процесса в желчном пузыре и последующее формирование в нем желчных камней. Согласно второму — воспаление стенки желчного пузыря возникает вследствие холелитиаза. Следует признать, что в настоящее время последний вариант считают ведущим путем развития хронического калькулезного холецистита.

Такие представления зафиксированы и в Международной классификации болезней 10 пересмотра. Сочетание камней желчного пузыря и его воспаления также отнесено к подрубрике ЖКБ и исключена подрубрика «Хронический холецистит с холелитиазом»:

K 80 Желчнокаменная болезнь  
K 80.0 Камни желчного пузыря с острым холециститом.

K 80.1 Камни желчного пузыря с другим холециститом

K 80.2 Камни желчного пузыря без холецистита (холецистолитиаз)

K 80.3 Камни желчного протока (холедохолитиаз) с холангитом

K 80.4 Камни желчного протока с холециститом (холедохо- и холецистолитиаз)

K 81 Холецистит (без холелитиаза)

K 81.1 Хронический холецистит

Исключен: с холелитиазом (K80.-)  
Клинические классификации лежат в основе разработки стандартов оказания



медицинской помощи населению, являясь определенным инструментом для принятия врачебных решений. Важным требованием является их соответствие МКБ-10, поскольку в повседневной работе лечебно-профилактических учреждений МКБ-10 выступает универсальной классификацией для учетно-отчетной, финансовой и других видов деятельности. В этой связи клинические классификации должны конкретизировать МКБ-10, реально приближая ее к пациенту.

В Украине приняты «Унифицированные клинико-статистические классификации болезней органов пищеварения (ведомственная инструкция)» [12], в которых ЖКБ и хронический калькулезный холецистит стоят отдельно. Учитывая что данные классификации вышли в 2003 г., существует потребность в их современном пересмотре.

Весной 2010 г. в медицинских кругах Украины широко обсуждались клинические классификации некоторых нозологических форм заболеваний билиарной системы. Эти классификации были рассмотрены Украинской ассоциацией по изучению заболеваний печени (2010) с рекомендацией к применению в клинической практике, среди них и классификация ЖКБ:

ЖКБ – бессимптомная (латентная) и симптомная (сопровождается клиническими проявлениями). Такое разделение важно в связи с тем, что отсутствие или наличие симптомов при ЖКБ определяет тактику ведения пациентов. Из клинических проявлений ЖКБ выделяют билиарную диспепсию, умеренно выраженный абдоминальный болевой синдром, приступ желчной колики, механическую желтуху. Какая-либо последовательность клинических ситуаций наблюдается редко. ЖКБ может манифестировать любым из приведенных выше вариантов или их сочетанием.

Билиарная диспепсия является наиболее ранним симптомом ЖКБ. К ней относят снижение аппетита; ощущение горечи и сухости во рту; тошноту утром или после приема определенного вида пищи, иногда рвоту желчью, не приносящую облегчения; вздутие живота, неустойчивый стул со склонностью к запорам. Билиарная диспепсия обычно имеет преходящий характер.

Умеренно выраженный абдоминальный болевой синдром описывают как тупую ноющую боль или в виде эквивалентов боли – чувства тяжести или давления в правом верхнем квадранте живота постоянного характера. Ощущения усиливаются

которое облегчило бы страдание, стонет, кричит с гримасой боли на лице. Возможно развитие болевого шока [14]. Иногда в течение приступа болевые ощущения волнообразно меняются по интенсивности.

Часто болевой синдром сопровождается повышенной потливостью, тахикардией, тошнотой, небольшой рвотой желчью, не приносящей облегчения, вздутием живота.

При желчной колике боль локализуется в правом подреберье, чаще всего в проекции желчного пузыря или подложечной области. Обычно отмечается ее типичная иррадиация по правой половине туловища – назад и вверх – под лопатку, в ключицу и надключичную область, плечо, область шеи и челюсть. Реже боль иррадирует влево – за грудину, в область сердца, имитируя (или провоцируя) приступ стенокардии, так называемую стенокардию С.П. Боткина, или холецистокардиальный синдром, детально описанный выдающимся врачом.

Продолжительность приступа желчной колики варьирует от 15 мин до 5 ч. По окончании приступа у пациента в течение некоторого времени остается неприятное ощущение в области печени. Боли рецидивируют с различными интервалами.

Спустя некоторое время после стихания боли, связанной с желчной коликой, могут появляться признаки механической желтухи. При неосложненной ЖКБ желтуха кратковременна. Пациенты отмечают легкую желтушность склер и кожных покровов, непродолжительное потемнение мочи и обесцвечивание кала.

Выделение в классификации форм ЖКБ по симптомам (болевая и диспептическая формы, течение ЖКБ под маской других заболеваний) сочли нецелесообразным, поскольку диспептические и болевые проявления часто наблюдаются одновременно, а течение ЖКБ под маской других заболеваний имеет большое значение для проведения дифференциальной диагностики. В целом, при правильно поставленном диагнозе любой отдельно взятый симптом не меняет тактику ведения пациента.

Существенным прогрессом является включение в классификацию предкаменной стадии ЖКБ в виде билиарного сладжа. У пациентов с билиарным сладжем, по разным оценкам, в 5-20% случаев наблюдается образование желчных камней за период от 1 года до 3 лет, в 18-70% – спонтанное разрешение, в 30-60% – длительная персистенция (исчезновение и появление вновь), в 10-15% билиарный сладж приводит к развитию осложнений в виде билиарной колики, панкреатита, холангита, рубцового сужения дистальных отделов холедоха и сфинктера Одди [14, 15]. Таким образом, билиарный сладж может спонтанно разрешаться при устранении причин, способствующих его образованию, либо служить источником формирования желчных камней.

Подход к билиарному сладжу как к начальной стадии ЖКБ с соответствующим клиническим ведением таких пациентов предоставляет возможности усиления терапевтического влияния на течение болезни. На этой стадии удается в сравнительно короткие сроки (от 1 до 3 месяцев) нивелировать макроскопические изменения в структуре желчи с помощью медикаментов, направленных на нормализацию обмена холестерина и восстановление сократительной функции желчного пузыря (препараты желчных кислот, средства, усиливающие холерез и холецистокинез) [16].

Термином «билиарный сладж» обозначают любую неоднородность желчи, выявляемую при УЗИ (микrolитиаз, замазкообразная желчь и их сочетания). Варианты билиарного сладжа не вынесены в классификацию, поскольку особенности

эхографической картины билиарного сладжа существенно не влияют на терапевтические подходы.

Среди желчных камней известны холестериновые, пигментные и смешанные. Однако уточнить состав желчных камней с помощью дополнительных исследований не всегда бывает возможным. Принятие клинического решения обычно базируется на особенностях клинического течения ЖКБ, которое больше зависит не от типа камней, а от характера патологического процесса: количества, размеров, локализации камней, наличия сопутствующих осложнений. Учитывая это, в настоящее время различие желчных камней по составу не включено в классификацию. Также в связи с отсутствием доступных стандартных методов исследования для подтверждения билиарной дисмоторики эти проявления не внесены в классификацию ЖКБ.

О прогрессировании ЖКБ свидетельствует присоединение осложнений, которые могут принести опасное для жизни течение. К осложнениям со стороны билиарной системы относят разную степень воспалительные изменения желчного пузыря и желчных протоков, а также последствия этих состояний. К экстрабилиарным – поражение функционально сопряженных органов.

В заключение необходимо подчеркнуть, что клиническая классификация является рабочим инструментом, она может уточняться и быть модифицирована в связи с изменением представлений о заболевании, ресурсных возможностях системы здравоохранения и др.

Мы надеемся, что классификация ЖКБ будет первым шагом улучшения диагностики и проведения эффективных лечебных и профилактических мероприятий при билиарной патологии. На основании этой классификации планируется внести предложения в Центр медицинской статистики МЗ Украины по совершенствованию статистического учета заболеваний билиарного тракта, а также создание рабочей группой МЗ Украины национальных клинических рекомендаций по билиарным заболеваниям, медицинских стандартов и унифицированных протоколов медицинской помощи для этой категории пациентов.

#### Литература

1. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. – М.: Атмосфера, 2006. – 416 с.
2. Everhart J.E., Khare M., Hill M., Maurer K.R. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States // Gastroenterology. – 1999. – Vol. 117. – P. 632-639.
3. Sandler R.S., Everhart J.E., Donowitz M. et al. The burden of selected digestive diseases in the United States // Gastroenterology. – 2002. – Vol. 122. – P. 632-639.
4. ВОЗ за 60 лет: хронология основных событий в области общественного здравоохранения. – Женев: ВОЗ, 2008. – 5 с.
5. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М.: Анахарис, 2004. – 200 с.
6. Мансуров Х.Х. Основные достижения в изучении патогенеза и лечения холелитиаза // Тер. арх. – 1982. – № 12. – С. 27-31.
7. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. – М.: Медицина, 1983. – 124 с.
8. Далвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М. и др. Желчнокаменная болезнь. – М.: Издательский дом Видар – М, 2000. – 139 с.
9. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 616 с.
10. Ильченко А.А. К вопросу классификации желчнокаменной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – № 1. – С. 8-12.
11. Ильченко А.А. Классификация желчнокаменной болезни // Тер. арх. – 2004. – № 2. – С. 75-79.
12. Унифицированные клинико-статистические классификации болезней органов пищеварения (ведомственная инструкция). – Киев: Дніпро – VAL, 2004. – 94 с.
13. Halasz N.A. Counterfeit cholecystitis. A common diagnostic dilemma // Am. J. Surg. – 1975. – Vol. 130. – P. 189-193.
14. Ильченко А.А., Вихрова Т.В. Современный взгляд на проблему билиарного сладжа // Клини. мед. – 2003. – № 8. – С. 17-22.
15. Janowitz P., Kratzer W., Zemmler T. Gallbladder sludge: spontaneous course and incidence of complications in patients without stones // Hepatology. – 1994. – Vol. 20. 2. – P. 291-294.
16. Лазебник Л.Б., Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. Пути решения и проблемы // Тер. арх. – 2005. – № 2. – С. 5-9.

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	
<b>Клиническое течение</b>	
бессимптомная (латентная) симптомная	
<b>Стадия по наличию желчных камней</b>	
билиарный сладж (предкаменная) – камень(и) (каменная)*	
<b>количество камней</b>	
одиночный множественные	
<b>локализация</b>	
желчный пузырь желчные протоки**	
<b>Осложнения</b>	
холецистит: острый хронический эмпиема желчного пузыря околопузырный абсцесс острая перфорация желчного пузыря или пузырного протока свищ желчного пузыря водянка желчного пузыря холангит: острый хронический механическая желтуха стриктуры желчных протоков и сфинктера Одди синдром Мирizzi перфорация общего желчного протока свищ общего желчного протока холангиогенные абсцессы непроходимость кишечника, обусловленная желчным камнем билиарный панкреатит	
*Название каменной стадии в диагнозе не выносится, указываются только ее характеристики по количеству и локализации желчных камней.	
** По возможности указать какие.	

Примеры формулировки диагноза:  
ЖКБ: бессимптомная, билиарный сладж.  
ЖКБ: симптомная, билиарный сладж.  
ЖКБ: симптомная, билиарный сладж.  
Хронический холецистит. Билиарный панкреатит.

ЖКБ: бессимптомная, одиночный камень желчного пузыря.

ЖКБ: симптомная, одиночный камень желчного пузыря. Водянка желчного пузыря.

ЖКБ: бессимптомная, множественные камни желчного пузыря.

ЖКБ: симптомная, множественные камни желчного пузыря. Острый холецистит. Эмпиема желчного пузыря.

ЖКБ: симптомная, одиночный камень холедоха. Билиарный панкреатит. Хронический холангит. Стриктуры сфинктера Одди.

В принятой классификации выделено два варианта клинического течения

при глубоком вдохе, в положении на левом боку, могут уменьшаться в вынужденном положении – на правом боку с поджатыми к животу ногами. Такая боль обусловлена наиболее частыми, рано присоединяющимися осложнениями ЖКБ – хроническим холециститом и холангитом, а также усилением на этом фоне выраженности билиарной дисмоторики.

Приступ желчной колики является патогномоничным симптомом ЖКБ. Нередко приступ возникает внезапно, на фоне полного благополучия. Обычно развивается вечером или ночью, чаще всего в 21.30 [13]. Характеризуется резкой спастической болью, которую пациенты описывают как режущую, раздирающую или колющую. Интенсивность боли в течение нескольких минут нарастает до максимальной. Эту боль считают одной из наиболее нестерпимых. Пациент мечется в постели, не может найти положения,