

Терапевтические аспекты желчнокаменной болезни

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – заболевание, обусловленное образованием конкрементов в желчном пузыре (ЖП) и/или общем желчном протоке. Преходящая обструкция камнем пузырного или общего желчного протока приводит к спазму гладких мышц и внутрипротоковой гипертензии, вследствие чего возникает определяющая клиническую картину ЖКБ желчная (печеночная) колика. В 60-80% случаев наличие конкрементов в ЖП и в 10-20% в общем желчном протоке не сопровождается такими клиническими проявлениями, как эпизоды желчной колики, и болевыми ощущениями в правом подреберье. Бессимптомное течение позволяет считать ситуацию камненосительством.

Пациенты с ЖКБ могут предъявлять жалобы на плохую переносимость жирной, обильной, жареной пищи: тяжесть в эпигастрии и мезогастрії, дискомфорт, горечь во рту. Известно, что подобные жалобы встречаются и у лиц, не имеющих конкрементов. Возможными причинами может быть нарушение координированной моторики ЖП и сфинктера Одди, дуоденально-гастральный рефлюкс, функциональная желудочная диспепсия. Такое течение можно рассматривать как латентное течение ЖКБ или диспептический вариант ЖКБ.

Широкое внедрение ультразвуковой диагностики конкрементов ЖП позволило объективизировать эпидемиологию ЖКБ.

Не будет чрезмерным преувеличением признать, что мир переживает эпидемию ЖКБ. У каждой пятой женщины и каждого десятого мужчины в ЖП выявляют конкременты. Даже в экономически развитых странах распространенность ЖКБ значительно отличается – от 5 до 40%. У лиц от 21 года до 30 лет ЖКБ отмечается у 3-4%, от 41 года до 50 лет – у 5%, старше 60 лет – до 20%, старше 70 лет – до 30%. Преобладающий пол – женский (2-5:1).

Терапевтический аспект ЖКБ является актуальной проблемой в связи с все возрастающей распространенностью, возможностью консервативного патогенетического лечения, а также предотвращения осложнений и необходимостью повышения качества жизни пациентов.

Прежде всего необходимо четко определить показания к оперативному лечению ЖКБ. Ими являются: течение заболевания с частыми приступами желчных колик независимо от размеров конкрементов; наличие крупных и мелких конкрементов в ЖП, занимающих более 1/3 его объема; «отключенный» ЖП; осложнения ЖКБ, такие как водянка, эмпиема ЖП, холангит, перфорация, пенетрация, свищи; нарушение проходимости общего желчного протока; рецидивирующий билиарный панкреатит.

При бессимптомном течении ЖКБ, а также при единичном эпизоде желчной колики и нечастых болевых эпизодах наиболее оправдана выжидательная тактика. Подтверждением тому служит следующее наблюдение: только в 20% наблюдений у пациентов с бессимптомным вариантом ЖКБ появляется клиническая симптоматика в течение 20 лет.

Операция не является необходимым вмешательством, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с бессимптомным холецистолитиазом.

Врач-терапевт в своей практике может встретить ЖКБ в следующих вариантах:

- больные с классической желчной коликой;
- пациенты с латентным течением ЖКБ;
- больные с билиарным сладжем (БС);
- пациенты, перенесшие холецистэктомию (ХЭ);
- лица, предрасположенные (с высокими факторами риска) к ЖКБ.

Как правило, диагноз ЖКБ устанавливается в двух ситуациях: при возникновении приступа желчной колики и дальнейшем проведении УЗИ либо во время УЗИ, проводимого по другой причине.

Желчная колика проявляется острыми висцеральными болями с локализацией в правом подреберье или эпигастрии. Существенно затрудняют диагностику боли в левой подреберной области, прекардиальной области, нижней половине живота.

У половины больных боли иррадиируют в спину, правую лопаточную и межлопаточную области, правое плечо; иррадиация в левую половину туловища позволяет предположить вовлечение в процесс поджелудочной железы.

Желчная колика длится от 15 мин до 5-6 ч. Боли длительностью более 5-6 ч позволяют заподозрить присоединение

острого калькулезного холецистита и другие осложнения. Нередко при ЖКБ возникают тошнота и рвота, которая обычно не приносит облегчения.

Боль могут спровоцировать употребление жирной, копченой, острой, пряной пищи, алкоголя, а также физическая нагрузка, эмоциональные переживания, охлаждение.

Физическое обследование позволяет выявить ряд признаков, определяемых как местные признаки поражения ЖП:

- симптом Кера – болезненность при поверхностной пальпации точки ЖП;
- симптом Лепене – болезненность при поколачивании пальцем в точке ЖП;
- симптом Мерфи – усиление болезненности при пальпации области ЖП на глубоком вдохе;
- симптом Ортнера-Грекова – болезненность при умеренном поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;
- признак Георгиевского-Мюсси – положительный правосторонний френікус-симптом.

УЗИ органов брюшной полости – наиболее доступный для выявления желчных конкрементов метод с высокими показателями чувствительности и специфичности. При камнях в ЖП и пузырном протоке чувствительность УЗИ составляет 89%, специфичность – 97%; при конкрементах в общем желчном протоке чувствительность менее 50%, специфичность – 95%.

Дополнительными методами служат КТ органов брюшной полости, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, эндоскопическое УЗИ, ЭРХПГ. Последние два метода незаменимы при подозрении на холедохолитиаз, особенно на конкременты дистального отдела общего желчного протока.

Лабораторные исследования позволяют оценить общевоспалительную реакцию (общий анализ крови), биохимический синдром холестаза (билирубин, ГГТП, ЩФ), реакцию поджелудочной железы (амилаза, липаза), печеночный цитолитический синдром (АЛТ, АСТ), состояние липидного и углеводного обмена (триглицериды, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, глюкоза).

Возникновение болей при ЖКБ может быть следствием нескольких причин – главным образом спазма мускулатуры ЖП и желчных протоков, спастической ишемии, а также механического раздражения камнем слизистой ЖП или протоков, перерастяжения стенки ЖП в связи с повышением внутриполостного давления.

Латентный (безболевого) вариант также требует внимания терапевтов. У здорового человека поступление пищи в ДПК сопровождается опорожнением ЖП на 70-80% от исходного объема. Адекватное сокращение ЖП у пациентов с ЖКБ способствует эвакуации кристаллов холестерина, замедляя прогрессирование камнеобразования и, что особенно важно, обеспечивает участие желчи в процессе пищеварения.

Клинико-инструментальные исследования показали, что при ЖКБ у большинства больных имеет место недостаточное опорожнение ЖП и уменьшение поступления желчи в кишечник. Показано, что при ЖКБ постпрандиальное опорожнение и наполнение ЖП, а также рециркуляция желчных кислот значительно снижены.

В этой ситуации дисфункция ЖП сопровождается:

- нарушением активации панкреатических ферментов, эмульгирования жиров и других процессов переваривания и всасывания нутриентов;
- избыточным бактериальным ростом в кишечнике;
- нарушением моторной функции кишечника, замедлением пассажа.

В связи с этим при латентной форме ЖКБ очень часто встречаются жалобы на запоры, метеоризм, боли в правом и левом подреберье, уменьшающиеся после отхождения газов и дефекации («газовая» колика при

нарушении пропульсивной перистальтики вследствие спазма гладкой мускулатуры толстой кишки). Эти жалобы, а также симптомы желудочной диспепсии нередко являются причиной обследования, при котором обнаруживают конкременты.

Особая группа больных – пациенты с билиарным сладжем (БС). Внедрение УЗИ позволило выделить группу лиц, у которых определяются макроскопически визуализируемые изменения в структуре желчи, не являющиеся конкрементами. Таковыми при УЗИ принято считать гиперэхогенные образования в полости ЖП диаметром более 2 мм.

Сведения о распространенности БС весьма противоречивы, тем не менее прослеживается тенденция: при наличии билиарной диспепсии выявляемость сладжа увеличивается.

БС – феномен ультразвуковой. При УЗИ выделяют 3 варианта:

- эхонеоднородная желчь со сгустками: эхонеоднородная желчь с единичными или множественными участками повышенной эхогенности, имеющими четкие или размытые контуры, смещаемыми, без акустической тени и, как правило, расположенными по задней стенке желчного пузыря;
- взвесь гиперэхогенных частиц: точечные, единичные или множественные, смещаемые гиперэхогенные образования, не дающие акустической тени, выявляемые при изменении положения тела пациента;
- замазкообразная желчь: эхонеоднородная желчь с участками, приближающимися по эхогенности к паренхиме печени, смещаемыми или фиксированными к стенке ЖП, с четким контуром, не дающими акустическую тень или в редких случаях с эффектом ослабления за сгустком.

Клиническая картина БС неспецифична и включает боли в правом подреберье и желчную диспепсию. Боли могут возникать как результат реакции ЖП и вследствие спазма сфинктера Одди (СО).

Наблюдение за лицами, предрасположенными к возникновению ЖКБ, требует разделения по факторам риска. В настоящее время выделяют 4 основные группы факторов, принимающих участие в образовании холестериновых камней:

- способствующие перенасыщению желчи холестерином;
- приводящие к осаждению холестерина и формированию ядра кристаллизации;
- вызывающие нарушение основных функций ЖП (сокращение, всасывание, секрецию);
- приводящие к нарушению энтерогепатической циркуляции желчных кислот.

Во всех возрастных категориях пациентов с ЖКБ требуется коррекция нарушений липидного обмена, нормализация массы тела, снижение потребления холестеринасодержащих продуктов и рафинированных углеводов, введение в рацион пищевых волокон.

Пероральная литолитическая терапия – единственный эффективный патогенетический метод лечения ЖКБ. Для растворения камней применяют препараты желчных кислот: урсодезоксихолевую и хенодезоксихолевую кислоту. Жесткие критерии отбора делают этот метод применимым только для пациентов с неосложненным течением заболевания (примерно 15% больных ЖКБ). Высокая стоимость также ограничивает применение этого метода. Эффективность консервативного лечения достаточно высокая: при правильном отборе больных полное растворение камней наблюдают через 18-24 мес у 60-70% пациентов, однако нередко рецидивы заболевания.

Купирование клинических симптомов и профилактики ранних и отдаленных осложнений – основная задача лечения ЖКБ. Учитывая тот факт, что в основе формирования боли при ЖКБ лежит чрезмерное сокращение гладкой мускулатуры стенки ЖП, желчевыводящих путей, СО, важнейшим компонентом лечения становится применение антиспастических средств.

Статья печатается в сокращении.
Список литературы находится в редакции.

РМЖ. Болезни органов пищеварения.
2010, Т. 18, № 13, С. 806-809.