

Жёлчнокаменная болезнь – определение понятия

Жёлчнокаменная болезнь (холелитиаз) – заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное, главным образом, нарушением обмена холестерина и/или билирубина, характеризующееся образованием камней в жёлчном пузыре и/или в жёлчных протоках с возможным развитием осложнений

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖКБ

Демографические:

- ▣ белая раса
- ▣ женский пол
- ▣ пожилой возраст

Диетические:

- ▣ пища, бедная растительными волокнами, а также с избытком углеводов и животных белков
- ▣ голодание с резкой редукцией массы тела
- ▣ длительное парентеральное питание

КЛАССИФИКАЦИИ СТАДИЙ ЖКБ

- **I – начальная, бескаменная**
- А – густая неоднородная желчь
- Б – билиарный сладж (микролиты и/или замазкообразная желчь)
- **II – формирование желчных камней**
- **III – хронического калькулёзного рецидивирующего холецистита**
- **IV - осложнений**

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ X

- ▣ **K80 Холелитиаз**
- ▣ K80.0 Калькулёз жёлчного пузыря с острым холециститом
- ▣ K80.1 Калькулёз жёлчного пузыря с другим холециститом
- ▣ K80.2 Калькулёз жёлчного пузыря без холецистита
- ▣ K80.3 Калькулёз жёлчного пузыря с холангитом
- ▣ K80.4 Калькулёз жёлчного протока с холециститом
- ▣ K80.5 Калькулёз жёлчного протока без холецистита и холангита
- ▣ K80.6 Другие формы холелитиаза

БИЛИАРНЫЙ СЛАДЖ

- ▣ Частота выявления билиарного сладжа в различных популяциях колеблется в широких пределах и составляет:
 - в общей популяции среди лиц, не страдающих ЖКБ - 1,7-4%;
 - среди лиц, предъявляющих жалобы со стороны органов пищеварения - 7-8%;
 - среди лиц, предъявляющих жалобы, характерные для диспепсии билиарного типа - 24,4-55%.
- ▣ Билиарный сладж является исходным материалом для формирования жёлчных камней, они, по разным оценкам, образуются только у 5-20% пациентов за 1-3-летний период.

БИЛИАРНЫЙ СЛАДЖ

- ▣ Билиарный сладж, содержащий микролиты, может свободно проходить по всей протоковой системе, раздражая богатую болевыми рецепторами СО жёлчных путей и обуславливать возникновение болевого синдрома.
 - Причиной «необъяснимых» болей в правом подреберье у 83% больных может быть билиарный сладж.
- ▣ Причиной болей при билиарном сладже являются и дисфункции сфинктерного аппарата, которые в данной ситуации носят вторичный характер.
 - Дисфункция сфинктера Одди при билиарном сладже выявляется в 50-93% случаев.

БИЛИАРНЫЙ СЛАДЖ

- Длительная персистенция билиарного сладжа и постоянный пассаж его в ДПК может осложняться развитием стриктур терминального отдела холедоха и/или стенозирующего папиллита.
- Частота выявления билиарного сладжа у больных с идиопатическим панкреатитом по данным разных авторов, достигает 33-90%. Основная причина – дисфункция сфинктера Одди, создающая условия для билиарных рефлюксов в протоковую систему поджелудочной железы, стеноз сфинктера Одди и/или панкреатического протока.
- Более редкие осложнения билиарного сладжа:
 - развитие острого холецистита, холангита
 - в отдельных случаях при наличии замазкообразной желчи возможно отключение жёлчного пузыря вследствие закупорки пузырного протока.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- ▣ **Отсутствуют при камненосительстве (от 60 до 80%)**
- ▣ **Болевой абдоминальный синдром:**
 - правоподреберный болевой синдром
 - приступы по типу «желчной колики» (5-15%)
- ▣ **Диспепсический синдром**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЁЛЧНОЙ КОЛИКИ

- ✓ Сильные боли продолжаются от 15 мин до 5 часов
- ✓ Локализация в правом подреберье, в эпигастральной
- ✓ области, иногда иррадиация в спину, в правое плечо
- ✓ Больной нуждается в постельном режиме и применении
 - ✓ лекарственных средств
- ✓ Боли чаще всего возникают вечером или ночью
- ✓ Боли рецидивируют с различными интервалами
- ✓ Боли могут сопровождаться тошнотой и рефлекторной
 - ✓ рвотой, не приносящей облегчение

Жёлчная колика, продолжающаяся более 5 часов, должна настораживать в отношении возможного развития осложнений

Жёлчнокаменная болезнь

- ▣ У 80% пациентов отмечается бессимптомное камненосительство
- ▣ У 20% пациентов симптоматика появляется через 15-20 лет (лишь у 1% через год)
- ▣ Практически у всех пациентов перед развитием осложнений появляются симптомы
- ▣ Холецистэктомия не устраняет литогенности жёлчи! Без поддерживающей терапии у 13% больных рецидив камней наблюдается в течение года, у 26% в течение двух лет.

МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЖКБ

1. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

2. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Обзорная рентгенография для уточнения характера конкрементов
- Компьютерная томография
- Магниторезонансная томография
- Пероральная/ внутривенная холеграфия
- Ретроградная холецистопанкреатография

ОСЛОЖНЕНИЯ ЖКБ

- ▣ Острый и хронический панкреатит, панкреонекроз
- ▣ Деструктивный холецистит
- ▣ Эмпиема желчного пузыря
- ▣ Перихолецистит
- ▣ Холангит
- ▣ Механическая желтуха
- ▣ Реактивный гепатит

Тактика ведения при консервативной стадии ЖКБ

- ▣ Соблюдение режима труда и отдыха
- ▣ Нормализация массы тела
- ▣ Лечебное питание – диета №5
- ▣ Исключение лекарственных препаратов, повышающих литогенность жёлчи
- ▣ Устранение дискинетических расстройств и дуоденальной гипертензии
- ▣ Снижение литогенности жёлчи

Медикаментозная терапия при консервативной стадии ЖКБ

- Для снижения литогенных свойств жёлчи традиционно применяются препараты жёлчных кислот и, в частности, урсодезоксихолевой кислоты (УДХК).
- Препараты УДХК назначают в дозе 10-15 мг/кг однократно всю суточную дозу на ночь.
- Курс лечения 1-3 месяцев

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

- ▣ Кальцифицированные рентгенконтрастные конкременты
- ▣ Конкременты диаметром более 2 см
- ▣ Множественные конкременты, занимающие более 50% ЖП
- ▣ Отключенный ЖП
- ▣ Частые эпизоды жёлчной колики

- ▣ Острый холецистит, холангит
- ▣ Гепатит или цирроз печени
- ▣ Хроническая диарея
- ▣ Карцинома ЖП

Хронический панкреатит
ЯБ желудка или ДПК в стадии обострения
Воспалительные заболевания кишечника
Гемолитическая анемия
Сахарный диабет
Беременность
Выраженное ожирение

Показания к госпитализации

- ❑ Некупирующийся или длительный болевой синдром, обусловленный жёлчной коликой, рвота, признаки обезвоживания
- ❑ Острый холецистит
- ❑ Отключенный жёлчный пузырь
- ❑ Острый холангит
- ❑ Острый билиарный панкреатит

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

- ▣ Рецидивирующие эпизоды жёлчной колики
- ▣ Камни занимают более $\frac{1}{2}$ объема жёлчного пузыря
- ▣ Грубая деформация жёлчного пузыря
- ▣ Обтурационная желтуха
- ▣ Рецидивирующий холецистит, панкреатит
- ▣ Кальцифицированный «фарфоровый» ЖП
- ▣ Размер конкрементов более 3 см

Тактика ведения больного ЖКБ

- ▣ Рекомендации по режиму, диетотерапии
- ▣ Коррекция моторных расстройств и дуоденальной гипертензии
 - Миотропные спазмолитики
- ▣ Снижение литогенности жёлчи
 - Препараты УДХК
- ▣ Динамическое наблюдение и отбор пациентов на плановую холецистэктомию