

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ



Определение:

- ▶ Заболевание, характеризующееся образованием конкрементов в ЖП (холецистолитиаз), общем жёлчном протоке (холедохолитиаз), которое может протекать с симптомами жёлчной (билиарной, печеночной) колики в ответ на преходящую обструкцию камнем пузырьного или общего жёлчного протока, сопровождающуюся спазмом гладких мышц и внутрипротоковой гипертензией.

Камни в желчном пузыре:



Эпидемиология:



В экономически развитых странах ЖКБ развивается у 10-15% населения.

- ▶ В возрасте от 21 до 30 лет- 3-4% населения;
- ▶ От 41 до 50 лет- 5%,
- ▶ старше 60 лет- до 20%,
- ▶ старше 70 лет- до 30%. Преобладающий пол- женский (2-5:1)

Факторы, предрасполагающие к образованию жёлчных камней:

- ▶ Женский пол
- ▶ Возраст (чем старше пациент, тем выше вероятность ЖКБ)
- ▶ Генетические и этнические особенности
- ▶ Характер питания- чрезмерное употребление жирной пищи с высоким содержанием ХС, животных жиров, сахара, сладостей.
- ▶ Беременность (многократные роды в анамнезе)
- ▶ Ожирение
- ▶ Голодание
- ▶ Заболевания подвздошной кишки- синдром короткой толстой кишки, болезнь Крона и др.
- ▶ Применение некоторых ЛС- клофибрата, эстрогенов, соматостатина и др.

Профилактика ЖКБ:

- ▶ Поддержание оптимального ИМТ и достаточный уровень физической активности
- ▶ Быстрое снижение массы тела(>2кг/нед на протяжении 4нед.и>)- препараты урсодезоксихолевой кислоты 8-10мг/(кг×сут)
- ▶ При длительном парентеральном питании необходимо оценить целесообразность в/в введения холецистокинина 58нг/(кг×сут). Холецистокинин предотвращает развитие сладж-феномена у этой группы больных

Профилактика осложнений ЖКБ:

- ▶ Лучшая профилактика-
своевременное оперативное
лечение.

Лапароскопическая холецистэктомия при наличии бессимптомного камненосительства проводится по строгим показаниям:

- ▶ Кальцифицированный («фарфоровый») ЖП
- ▶ Камни размером >3см
- ▶ Предстоящее длительное пребывание в месте с отсутствием квалифицированной медицинской помощи
- ▶ Предстоящая трансплантация органов

Скрининг:

УЗИ показано лицам с повышенной вероятностью развития ЖКБ и рака жёлчного пузыря:

- ▶ С ↑ ИМТ, ведущим малоподвижный образ жизни
- ▶ Больным с жалобами на дискомфорт в правой подреберной и эпигастральной областях
- ▶ Пациентам, имеющим факторы риска ЖКБ.

Классификация:

Жёлчные камни

▶ По локализации:

1. В жёлчном пузыре;
2. В общем жёлчном протоке
3. В печёночных протоках

▶ По количеству камней:

1. Одиночные
2. Множественные

Классификация: Жёлчные камни

► По составу:

1. Холестериновые- содержат в основном ХС, имеют круглую или овальную форму, слоистую структуру; d=4-15мм; типичная локализация- ЖП
2. Пигментные (билирубиновые)- малые размеры, обычно множественные; жёсткие, хрупкие, совершенно гомогенные, располагаются как в жёлчном пузыре, так и в жёлчных протоках;
3. Смешанные (обнаруживаются наиболее часто)- чаще множественные, разнообразной формы; в их состав входят ХС, билирубин, жёлчные кислоты, белки, гликопротеиды, различные соли, микроэлементы.

Камни в желчном пузыре:

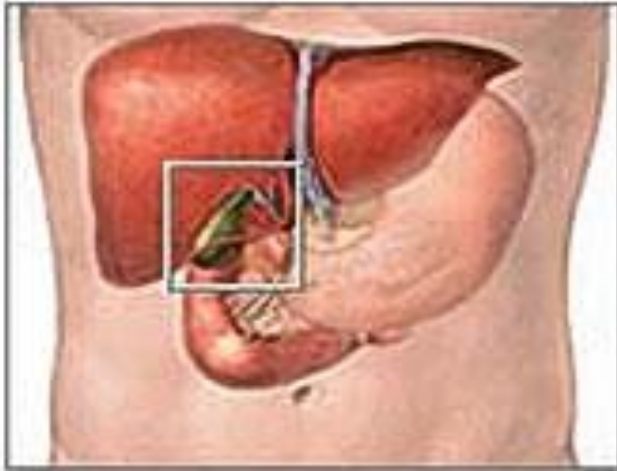
⊕ Медицинский Архив



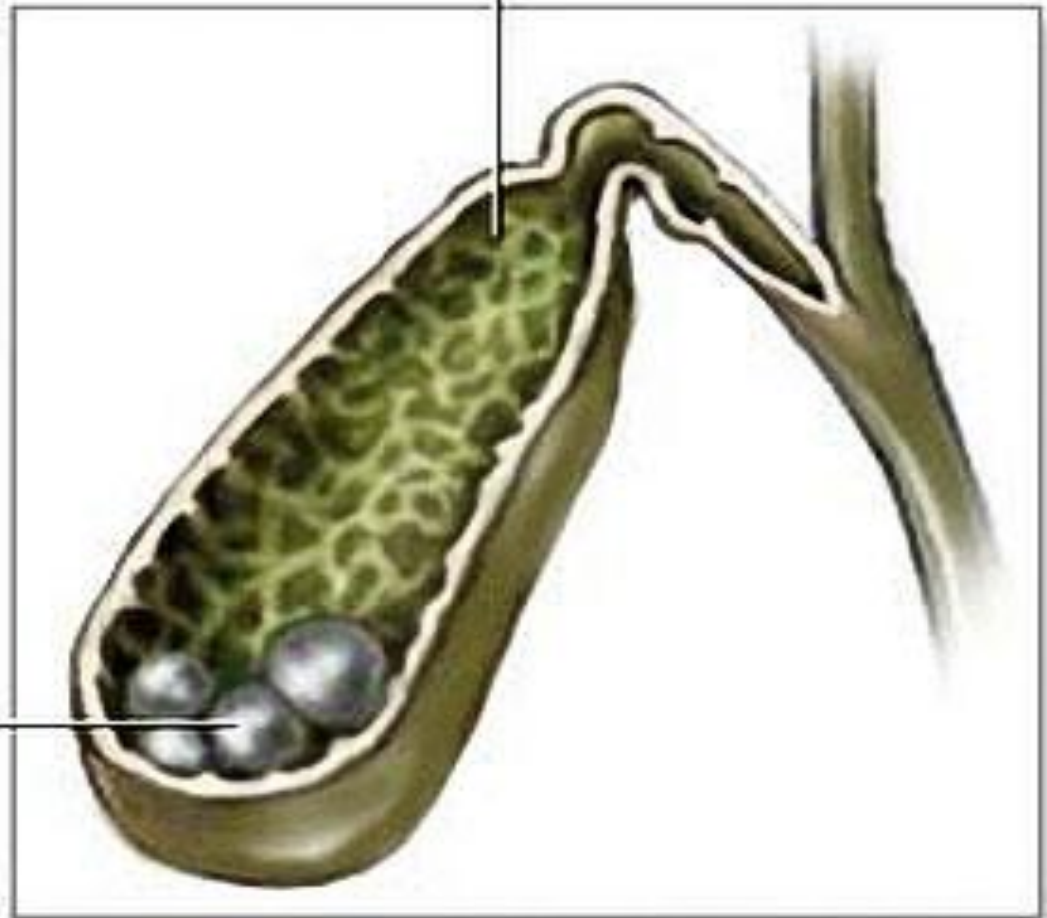
камни в желчном пузыре

Камни в желчном пузыре:

 **Медицинский Архив**



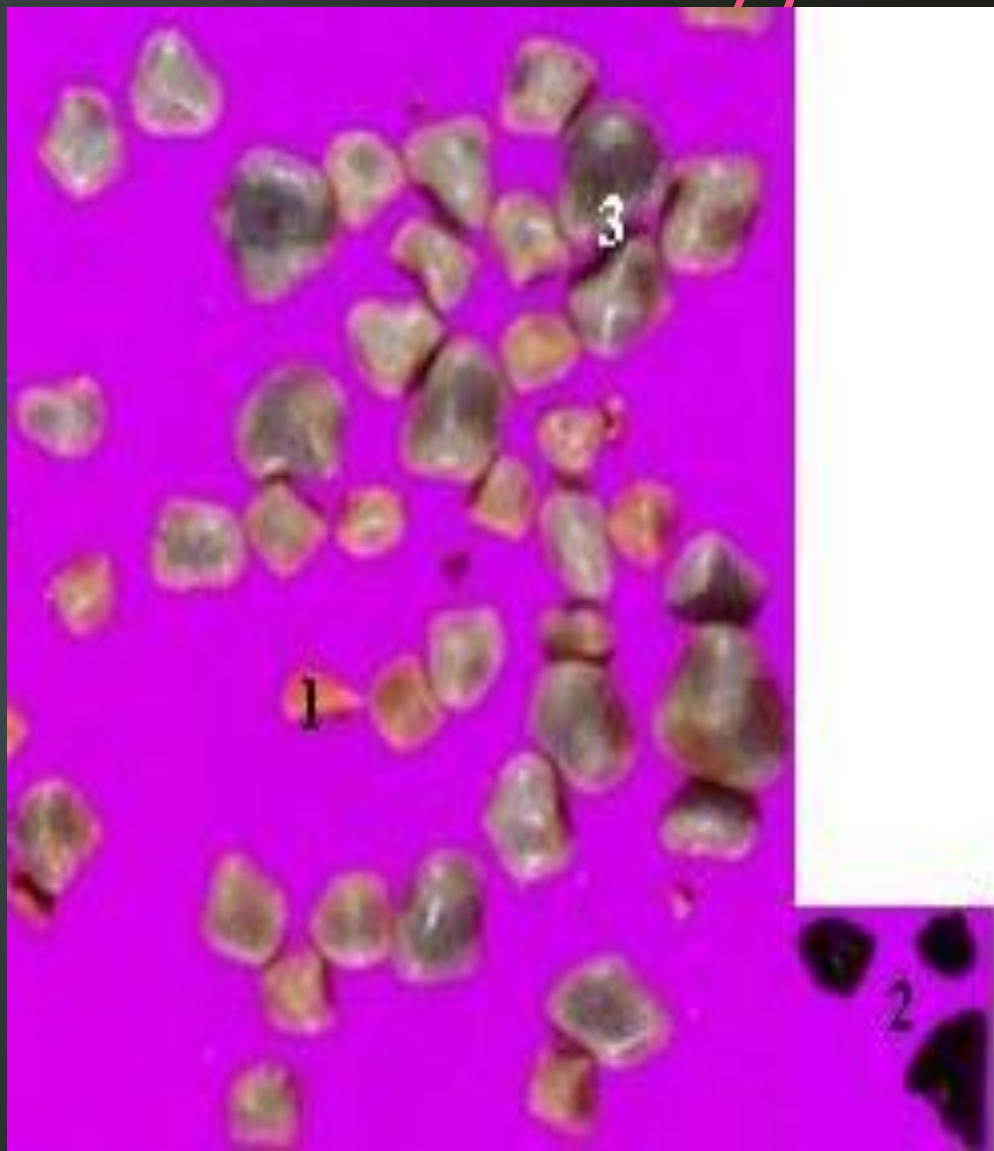
желчный пузырь



камни в желчном
пузыре

Камни в желчном пузыре (классификация по составу):

- ▶ 1-холестериновые
- ▶ 2-бурые
- ▶ и чёрные
- ▶ пигментные
- ▶ 3-смешанные





Риск развития ЖКБ

правило 5 «F»

- ✓ Female (женщина)
- ✓ Fertile (рожавшая)
- ✓ Fair
(светловолосая)
- ✓ Fat (полная)
- ✓ Forty
(сорокалетняя)



'Fat, fair, fertile, females in their forties'

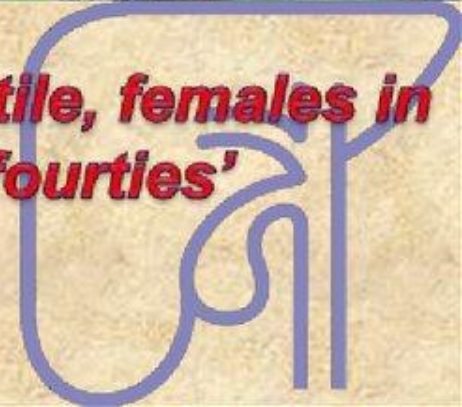


Схема образования желчных кислот у человека



Как образуются холестериновые камни?

Первичные и третичные
желчные кислоты

Холевая

Хенодезоксихолевая

Урсодезоксихолевая
(Урсофальк)



Растворение
конкрементов

Образование
конкрементов



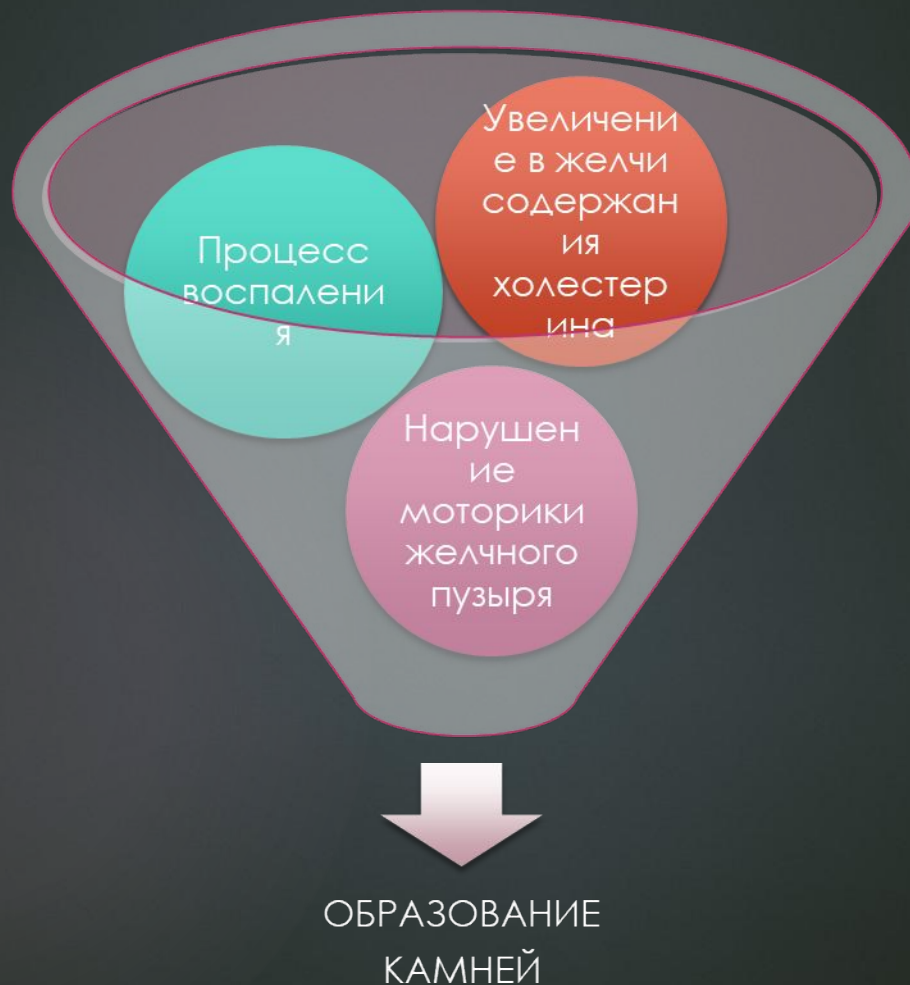
Вторичные желчные кислоты

Дезоксихолевая

Литохолевая

ХОЛЕСТЕРИН

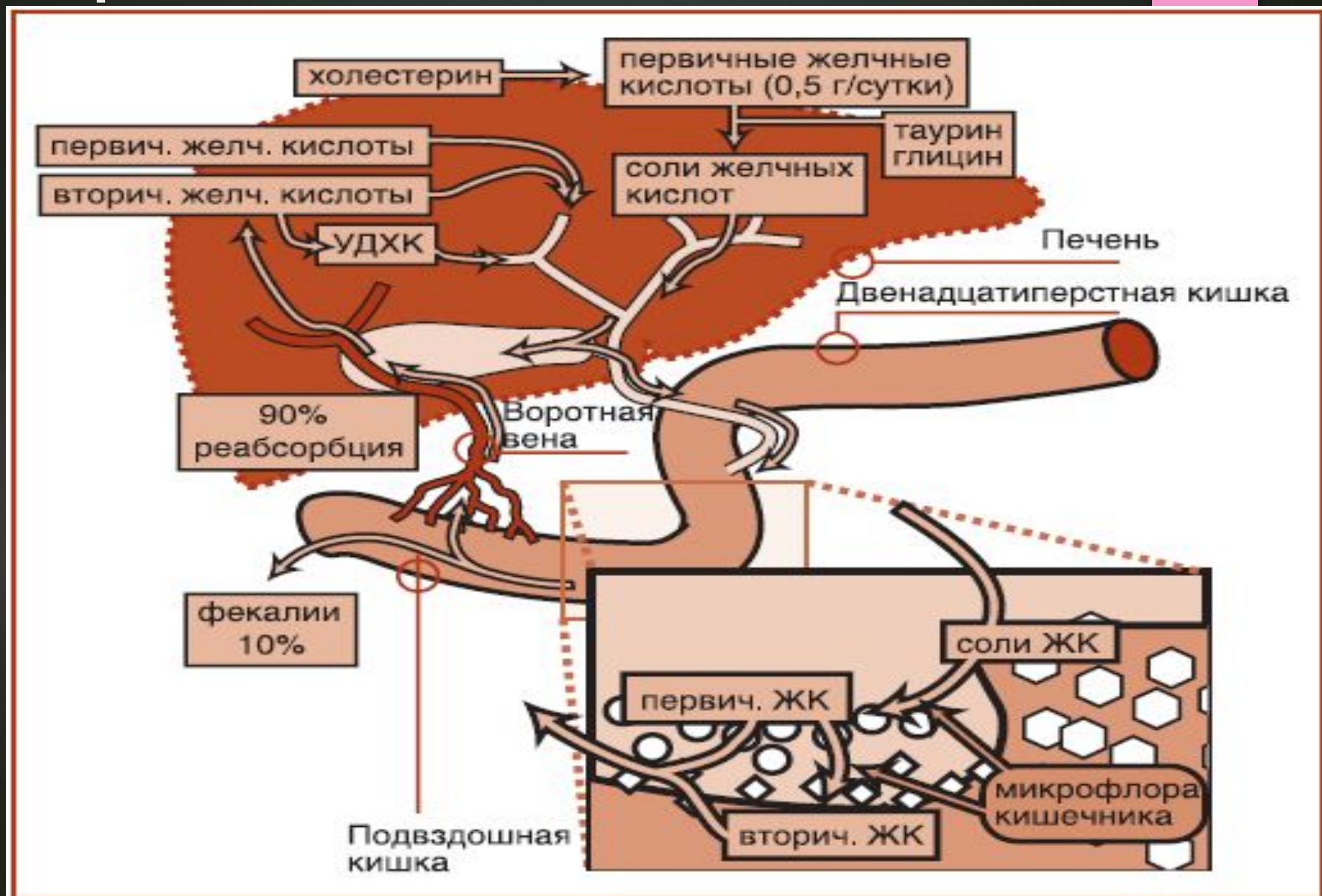
Патогенез образования холестериновых камней



Заболевания билиарного тракта сопровождаются:

- ▶ Нарушением процессов переваривания и всасывания
- ▶ Развитием избыточного бактериального роста в кишечнике
- ▶ Нарушением моторной функции желудочно-кишечного тракта

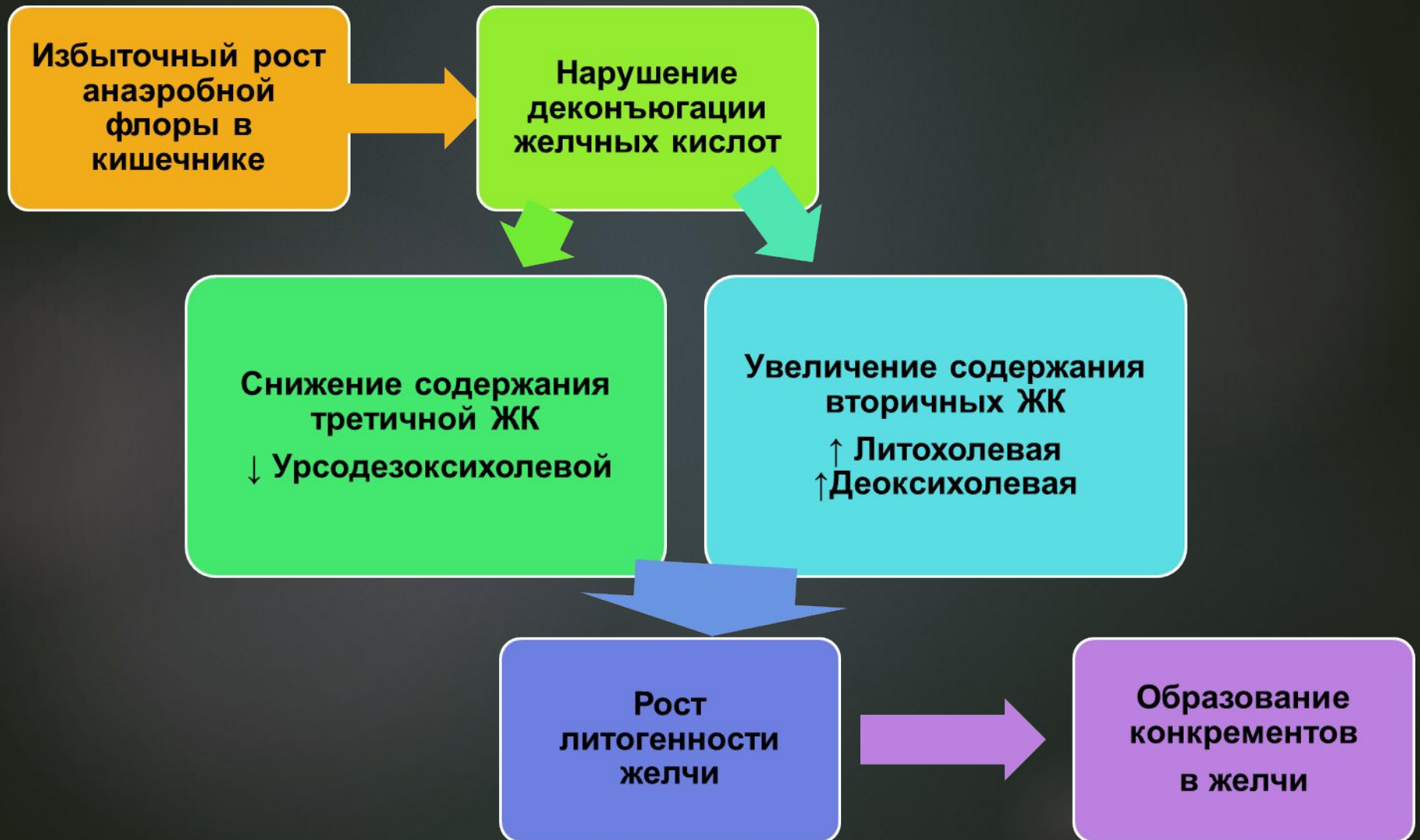
Метаболизм желчных кислот в организме



Роль дисбиоза в патогенезе заболеваний билиарного тракта

- ▶ у большинства больных с билиарной патологией выявляются нарушения кишечного микробиоценоза
- ▶ они существенно влияют на:
 - течение заболевания
 - темпы регрессии болевого синдрома
 - усиливают диспепсические симптомы

Влияние дисбиоза на билиарный тракт

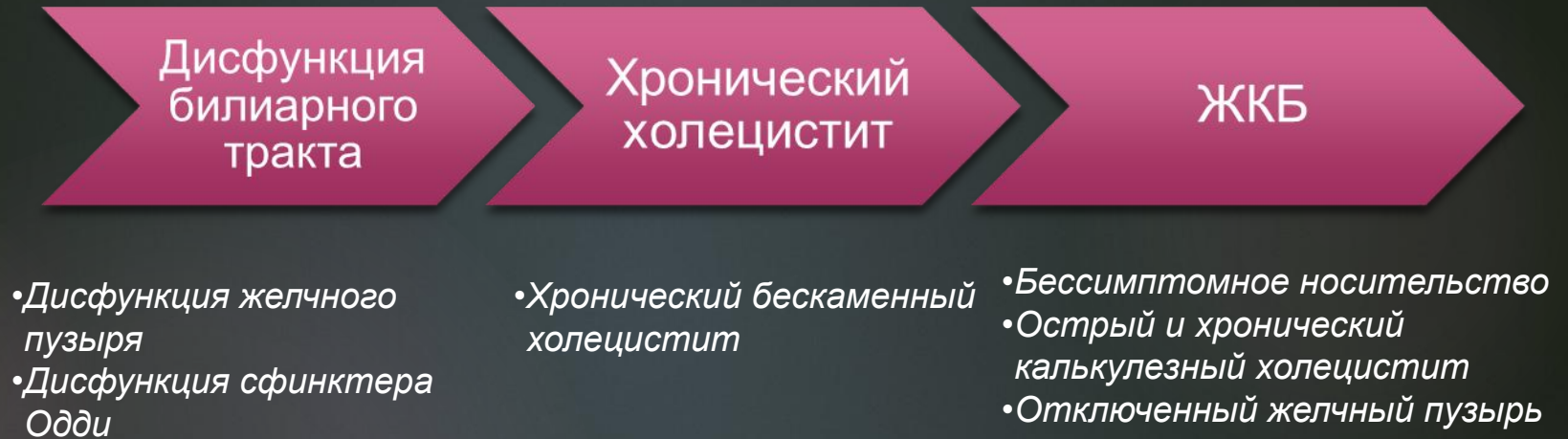


Классификация

ЖКБ по клиническому течению:

- ▶ Латентная форма
(камненосительство)
- ▶ Первично-хронический холецистит
- ▶ Жёлчная колика
- ▶ Хронический рецидивирующий холецистит

Прогрессирование функциональной патологии в органическую



Билиарный сладж
может встречаться на любой
стадии заболевания

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖКБ



1. стадия – начальная, или предкаменная:

а) густая неоднородная желчь

б) формирование билиарного сладжа:

□ с наличием микролитов

□ с наличием

замазкообразной желчи (ЗЖ)

□ с сочетанием

замазкообразной желчи с

микролитами



КЛАССИФИКАЦИЯ ЖКБ

2. стадия – формирование желчных камней:

- а) по локализации: в желчном пузыре, в общем желчном протоке, печеночных протоках
- б) по количеству конкрементов: одиночные, множественные
- в) по составу:
холестериновые, пигментные, смешанные
- г) по клиническому течению:
латентное течение, с наличием клинических симптомов- болевая форма с желчными коликами, диспепсическая форма, под маской других заболеваний



КЛАССИФИКАЦИЯ ЖКБ

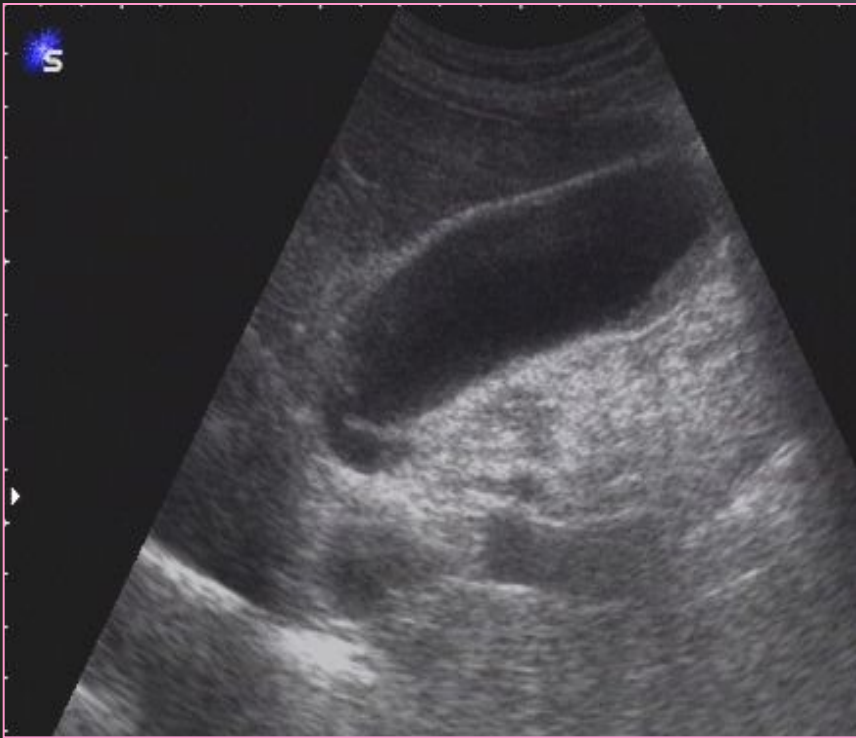
3. стадия – стадия
хронического
рецидивирующего
калькулезного
холецистита

4. стадия- стадия
осложнений



Билиарный сладж 1 типа

Взвесь гиперэхогенных частиц (76%) –
точечные, единичные
или множественные,
смещающиеся,
гиперэхогенные
образования,
выявляемые при
изменении положения
тела пациента



Билиарный сладж 2 типа



**Эхонеоднородная
желчь - единичные
или
множественные
участки
повышенной
эхогенности с
четким или
размытым
контуром, не
дающие
акустической тени**

Билиарный сладж 3 типа

Замазкообразная желчь

– эхонеоднородная
желчь со сгустками
различной
плотности,
смещаемыми,
иногда с
акустической
тенью за сгустком



Диагностика:

- ▶ Часто ЖКБ протекает бессимптомно: латентное течение: 60-80% лиц с камнями в ЖП и у 10-20% лиц с камнями в общем жёлчном протоке.

Диагноз ЖКБ ставят на основании: 1. клинических данных (наиболее частый вариант у 75% больных - жёлчная колика)

2. результатов УЗИ

План обследования:

- ▶ Сбор анамнеза и физикальное обследование (выявление типичных признаков жёлчной колики, симптомов воспаления ЖП)
- ▶ УЗИ органов брюшной полости.

Однако если доступными методами камни не выявлены, вероятность их присутствия в общем жёлчном протоке оценивают как высокую при следующих клинико-лабораторных признаках:

1. Желтуха;
 2. Расширение жёлчных протоков, в том числе внутривенечных, по данным УЗИ
 3. Изменение печёночных проб (общий билирубин, АЛТ, АСТ, γ -ГТП, ЩФ (\uparrow при возникновении холестаза вследствие обструкции общего жёлчного протока))
- ▶ Лабораторное исследование необходимо для выявления стойкой обструкции желчевыводящих путей или присоединения острого холецистита

Анамнез(1):

Основное клиническое проявление ЖКБ- жёлчная колика (вследствие обструкции пузырного протока):

ЖАЛОБЫ:

- ▶ Острые висцеральные боли с локализацией в эпигастральной или правой подрёберной области
- ▶ У 50% больных боли иррадиируют в спину и правую лопатку, межлопаточную область, правое плечо.
- ▶ Продолжительность колики от 15мин до 5-6 ч. Боли ↑5-6ч должны настораживать в отношении присоединения осложнений, прежде всего острого холецистита

Анамнез(2)

ЖАЛОБЫ:

- ▶ Повышенная потливость, гримаса боли на лице и вынужденное положение - на боку с поджатыми к животу ногами
- ▶ Возникновению боли могут предшествовать употребление жирной, острой, пряной пищи, алкоголя, физическая нагрузка, эмоциональные переживания
- ▶ Возможно $\uparrow T$. Однако длительная гипертермия ($\uparrow 38C$)+ интоксикация свидетельствуют о присоединении острого холецистита
- ▶ Желтуха- признак обструкции жёлчевыводящих путей

Физикальное обследование:

- ▶ Возможно выявление симптома мышечной защиты
- ▶ Усиление боли при пальпации в области правого подреберья и при поколачивании краем ладони по правой рёберной дуге
- ▶ Симптом Мёрфи-непроизвольная задержка дыхания на высоте вдоха во время пальпации ЖП (из-за усиления болезненности)

Лабораторные исследования (1):

Обязательные лабораторные исследования:

1. Общеклинические исследования: клин.анализ крови, ретикулоциты, копрограмма, общий анализ мочи, глюкоза плазмы крови
2. Показатели липидного обмена: ХС, ЛПНП, ЛПОНП
3. Функциональные пробы печени: АСТ, АЛТ, ГГТП, ПТИ, ЩФ, билирубин: общий, прямой
4. Ферменты ПЖ: амилаза крови, амилаза мочи

Лабораторные исследования(2)

Дополнительные лабораторные исследования:

1. Функциональные пробы печени:

- ▶ Альбумин крови
- ▶ Тимоловая проба
- ▶ Сулемовая проба

2. Маркёры вирусов гепатита:

- ▶ HBsAg (поверхностный антиген вируса гепатита В)
- ▶ анти-HBc (АТ к ядерному АГ геп.В)
- ▶ анти-HCV (АТ к вирусу геп.С)

3. Ферменты поджелудочной железы:

- ▶ Липаза крови

Инструментальные исследования (1):

Обязательные инструментальные исследования:

1. УЗИ органов брюшной полости: камни в ЖП и пузырном протоке. Чувствительность УЗИ-89%, специфичность-97%; для камней в общ. жёлчном протоке чувствительность- менее 50%, специфичность- 95%

Необходим целенаправленный поиск:

- ▶ Расширения внутри- и внепечёночных жёлчных протоков;
- ▶ Конкрементов в просвете жёлчного пузыря и желчевыводящих путей
- ▶ Признаков острого холецистита в виде утолщения стенки жёлчного пузыря более 4 мм и выявления «двойного контура» стенки ЖП.

2. Обзорная рентгенография области ЖП: чувствительность метода- 20% ввиду их частой рентгенонегативности

3. ФЭГДС: проводят с целью оценки состояния желудка и 12ПК, осмотра большого сосочка 12ПК при подозрении на холедохолитиаз

УЗИ органов брюшной полости: камень в ЖП:





УЗИ желчного пузыря



Ультразвуковое изображение воспаленного желчного пузыря

Обзорная рентгенография области правого подреберья при желчнокаменной болезни:



Дополнительные инструментальные исследования:

▶ Пероральная или в/в холецистография.

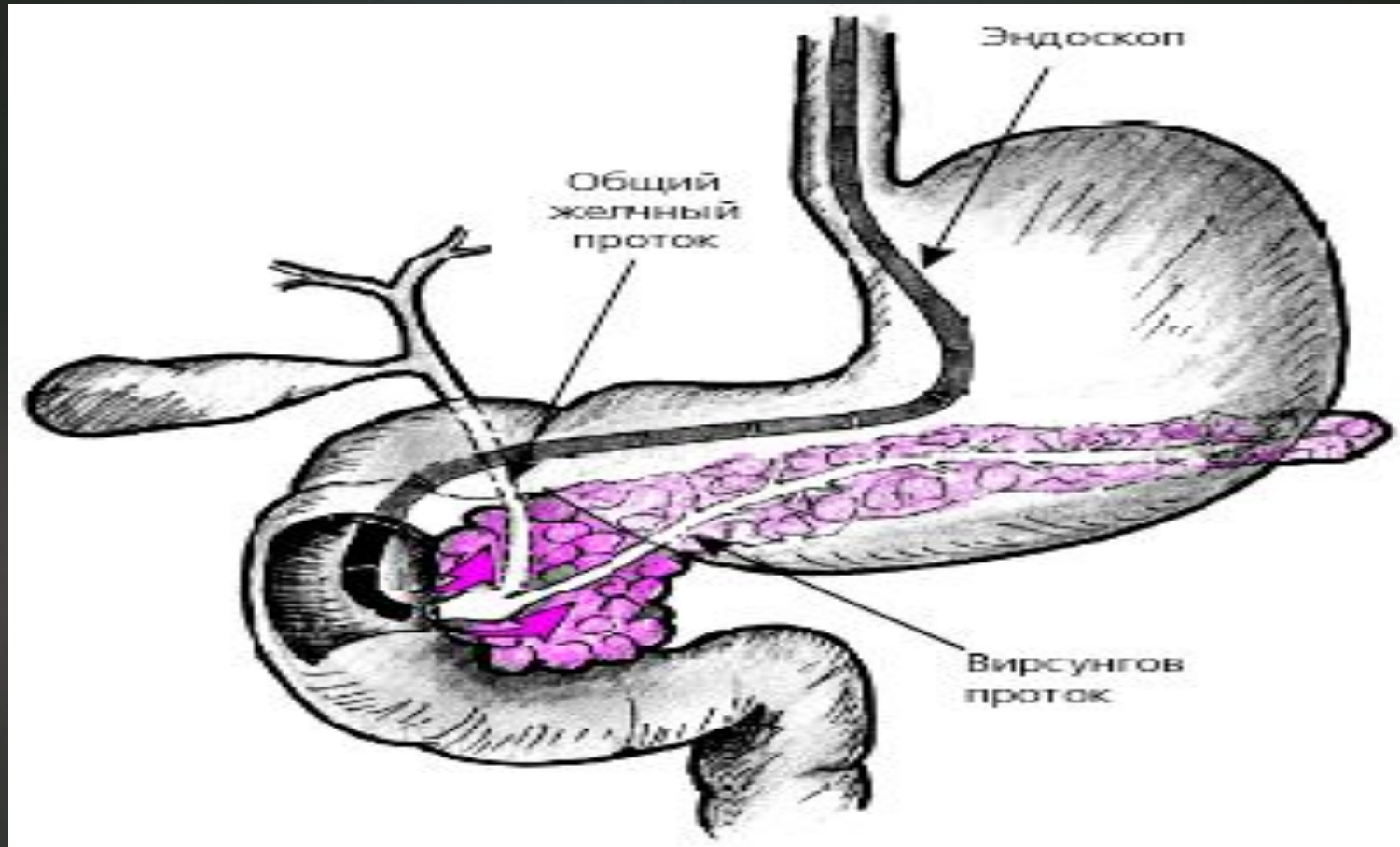
Значимым результатом исследования можно считать «отключенный» желчный пузырь (внепечёночные жёлчные пути контрастируются, а пузырь не определяется), что свидетельствует об облитерации или закупорке пузырного протока.

▶ КТ органов брюшной полости (ЖП, жёлчных протоков, печени, ПЖ) с количественным определением коэффициента ослабления жёлчных камней по Хаунсфилду; метод позволяет косвенно судить о составе конкрементов по их плотности

Дополнительные инструментальные исследования:

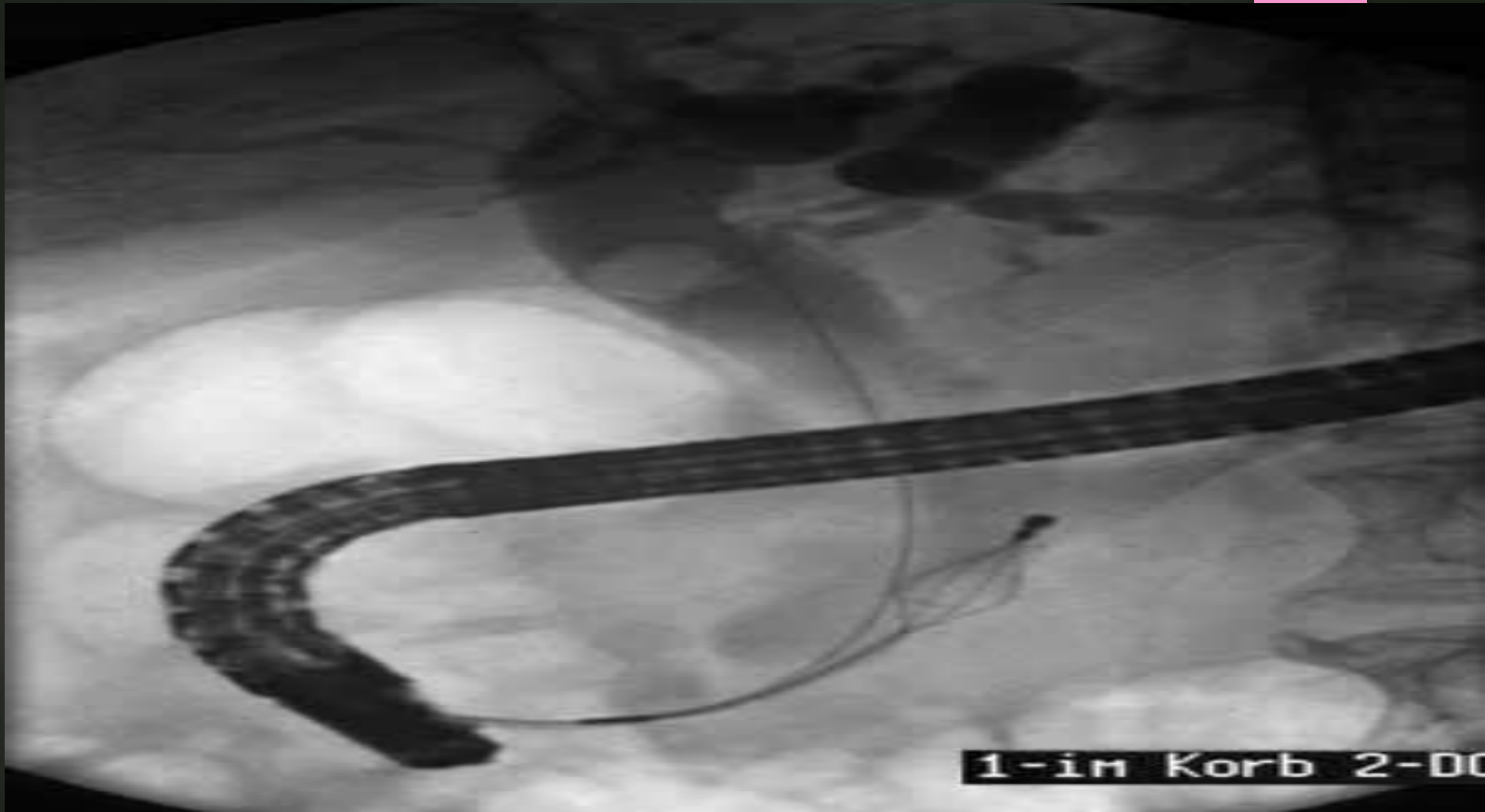
- ▶ **ЭРХПГ** - высокоинформативный метод изучения внепечёночных протоков при подозрении на камень общего жёлчного протока или для исключения других заболеваний и причин механической желтухи
- ▶ **Динамическая холесцинтиграфия** позволяет оценить проходимость жёлчных протоков в тех случаях, когда затруднено проведение ЭРХПГ. У больных ЖКБ определяют уменьшение скорости поступления радиофармпрепарата в ЖП и кишечник.
- ▶ **Магнитно-резонансная холангиопанкреатография** позволяет выявить невидимые при УЗИ камни в желчевыводящих путях. Чувствительность- 92%, специфичность- 97%.

Схема проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ)



Стрелками показано селективное введение контрастного вещества в общий желчный и панкреатический протоки (ретроградно)

ЭРХПГ= Рентгеноскопия + эндоскопия



Расширение холедоха. Камень в холедохе. Литоэкстракция корзинкой Дормиа FG-22Q. Струна-проводник в холедохе.

Дифференциальный диагноз:

- ▶ Билиарный сладж
- ▶ Функциональные заболевания жёлчного пузыря и желчевыводящих путей
- ▶ Патология пищевода: эзофагит, эзофагоспазм, ГПОД.
- ▶ ЯБ желудка и 12ПК
- ▶ Заболевания ПЖ: острый и хронический панкреатит, псевдокисты, опухоли.
- ▶ Заболевания печени
- ▶ Заболевания толстой кишки: СРК,
- ▶ Заболевания лёгких и плевры
- ▶ Патология скелетных мышц

Тактика ведения больных на стадии билиарного сладжа

- ▶ Больным с впервые выявленным билиарным сладжем в форме взвешенных гиперэхогенных частиц, при отсутствии клинической симптоматики необходимо назначение диетотерапии (дробное питание и ограничение употребления легкоусваиваемых углеводов и холестеринсодержащих продуктов) и динамическое наблюдение с повторным проведением УЗИ через 3 месяца. При сохранении билиарного сладжа к диетотерапии и необходимо добавить медикаментозное лечение.
- ▶ Больным с билиарным сладжем в форме эхонеоднородной желчи с наличием сгустков и замазкообразной желчью вне зависимости от клинической симптоматики необходимо проведение консервативной терапии.

**(РЕКОМЕНДАЦИИ
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ РОССИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ)**

Тактика ведения больных на стадии билиарного сладжа

- ▶ Базисным препаратом при всех формах БС является УДХК, которая назначается в дозе 10-15 мг/кг массы тела однократно на ночь в течение 1-3-х месяцев с проведением контрольных УЗИ ежемесячно.
- ▶ В среднем общий срок лечения обычно не превышает 3 мес. При БС, протекающим на фоне гипотонии желчного пузыря и (или) гипертонуса сфинктера Одди к УДХК целесообразно добавить мебеверина гидрохлорид (Дюспаталин) по 200 мг 2 раза в сутки или
- ▶ гимекромон (Одестон) 400 мг 3 раза в сутки. При нарушении психо-эмоционального и (или) вегетативного равновесия
- ▶ - 2-меркаптобензимидазол (Афобазол) в дозе 10 мг 3 раза в сутки до полного исчезновения сладжа.

**(РЕКОМЕНДАЦИИ
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ РОССИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ)**



Дюспаталин[®]

Duspatalin[®]

мебеверин

30 капсул пролонгированного действия 200 мг

Для лечения боли и спазмов
при заболеваниях
желудочно-кишечного тракта

 **Abbott**

200

ОДЕСТОН

ODESTON®

Гимекромон

200

МГ

50 таблеток

PABIANICE

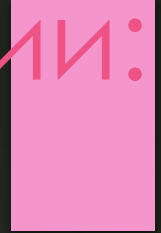
POLSKA

Лечение

Цели терапии:

- ▶ Удаление жёлчных камней (либо самих камней из желчевыводящих путей, либо жёлчного пузыря вместе с конкрементами)
- ▶ Купирование клинической симптоматики без хирургического вмешательства (при наличии противопоказаний к оперативному лечению).
- ▶ Предотвращение развития осложнений, как ближайших (острый холецистит, острый панкреатит, острый холангит), так и отдаленных (рак жёлчного пузыря)

Показания к госпитализации:



▶ В хирургический стационар:

1. Рецидивирующие жёлчные колики
2. Острый и хронический холецистит и их осложнения
3. Острый билиарный панкреатит

▶ В гастроэнтерологический стационар:

1. Хронический калькулёзный холецистит- для детального обследования и подготовки к оперативному и консервативному лечению
2. Обострение ЖКБ и состояние после холецистэктомии (хр.билиарный панкреатит, дисфункция сфинктера Одди)

Продолжительность стационарного лечения:

- ▶ Хр.калькулёзный холецистит- 8-10 дней
- ▶ Хр.билиарный панкреатит- 21-28 дней
- ▶ Лечение включает в себя диетотерапию, применение ЛС, методов дистанционной литотрипсии и оперативное вмешательство

Немедикаментозное лечение:

- ▶ Диетотерапия: при всех стадиях 4-6-разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы.
- ▶ Исключают копчёности, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Должна включать большое кол-во растительной клетчатки с добавлением отрубей, что не только нормализует перистальтику киш-ка, но и уменьшает литогенность желчи.

При жёлчной колике необходим голод в течение 2-3 дней

Альтернативные методы лечения ЖКБ (при сохраненной функции ЖП)

1. Экстракорпоральная литотрипсия

Дробятся конкременты без признаков кальцификации: одиночный $d < 3\text{см}$, множественные ($n > 3$, $d < 1\text{см}$)

- ▶ После дробления в течение 3-6 мес прием препаратов УДХК.

▶ 2. Медикаментозное растворение камней.

Лекарственная терапия:

Пероральная литолитическая
терапия:

Урсодеоксихолевая к-та замедляет
всасывание холестерина в кишке и
способствует переходу ХС из
камней в жёлчь

Механизмы действия УДХК

Гипохолестеринемический эффект:

- снижение всасывания холестерина в кишечнике
- снижение синтеза холестерина в печени
- снижение экскреции холестерина в желчь

Холеретический эффект:

- вытеснения пула токсичных гидрофобных ЖК за счет конкурентного захвата рецепторов в подвздошной кишке
- стимуляция экзоцитоза в гепатоцитах (путем активации Са-зависимой α -протеинкиназы)
- индукция бикарбонатного холереза (усиливает выведение гидрофобных ЖК в кишечник)

Литолитический эффект:

- снижение литогенности желчи
- стимуляция выхода холестерина из камней в желчь
- предупреждение образования камней

Холелитиаз и растворение желчных камней



- ▶ **Терапия**
 - ▶ Пероральное растворение камней
 - ▶ Холецистэктомия
 - ▶ Литотрипсия (редко)
- ▶ **Доминирует хирургический подход**
 - ▶ **Лапароскопическая холецистэктомия** показана при ЖКБ с наличием симптомов
 - ▶ Литолитическая терапия требует длительного приема УДХК (6 мес – 2 года)
 - ▶ Частичное растворение у 40-60% больных, полное – у 33-50%
 - ▶ **Но у 50% больных в течение 5 лет возникает рецидив камнеобразования – требуется поддерживающая терапия УДХК в меньших дозах**

Медикаментозное растворение камней может быть рекомендовано :

- ▶ При наличии чисто холестериновых камней!
- ▶ При этом :
 - клинические проявления заболевания не требуют срочного хирургического вмешательства
 - имеется повышенный риск операции - при отказе от хирургического лечения.

Показания к литолитической терапии по данным УЗИ



- ▶ 1. Гомогенная, низкоэхогенная структура конкремента
- ▶ 2. Округлая или овальная форма конкремента
- ▶ 3. Поверхность конкремента близкая к ровной или в виде тутовой ягоды
- ▶ 4. Неинтенсивная, плохо заметная акустическая тень позади конкремента
- ▶ 5. Медленное падение конкремента после изменения положения больного
- ▶ 6. Размеры конкремента < 10 мм
- ▶ 7. Объем конкрементов не более 25% объема желчного пузыря

Определение прогноза литолиза по данным КТ

- ▶ Компьютерная томография проекции желчного пузыря без контрастирования — для оценки плотности камней и желчи по шкале Хаунсфилда, по результату которой судят об эффективности и продолжительности литолиза
- ▶ Выявление камней на КТ происходит при плотности выше +70НУ. До этого предела — определяется участок с повышением эхоплотности желчи
- ▶ Препараты УДХК (урсосан) рекомендуется пациентам с плотностью камней, не превышающих +100НУ

Медикаментозное растворение

- ▶ Используются препараты УДХК (**Урсофальк**)
 - ▶ Дозы 15 мг на 1 кг массы тела.
 - ▶ Суточная доза принимается вечером перед сном или делится на 2 приема $1\frac{1}{3}$ дозы днем и $2\frac{1}{3}$ дозы вечером перед сном.
 - ▶ Контроль УЗИ через 2-3 месяца.
 - ▶ Отсутствие динамики через 6 месяцев – оперативное лечение.
- После растворения камней :
- 3 мес. - прием УДХК в полной дозе
 - 3 мес. - прием УДХК в $\frac{1}{2}$ дозе
 - ▶ Контроль УЗИ 2 раза в год.



Профилактики образования
камней должна обязательно
проводится при:

- ▶ Цирроз печени
- ▶ Сахарный диабет
- ▶ Ожирение
- ▶ Быстрое похудание
- ▶ Полностью парентеральное питание
- ▶ После резекции желудка

Применение УДХК для профилактики камнеобразования

- ▶ УДХК по сравнению с плацебо (n=233)
- ▶ Пациенты с ожирением и наложением обходного желудочного анастомоза (для похудения)
- ▶ Двойное слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование
- ▶ Урсофальк в дозе 300, 600 и 1200 мг в сут

Наиболее благоприятные условия для исхода пероральной литотрипсии:

- ▶ В ранних стадиях заболевания
- ▶ При неосложненном течении ЖКБ, редких эпизодах жёлчной колики, умеренном болевом синдроме
- ▶ При наличии чистых холестериновых камней («всплывают» при проведении пероральной холецистографии)
- ▶ При наличии в пузыре некальцифицированных камней (коэффициент ослабления при КТ менее 70Ед по Хаунсфилду)
- ▶ При размерах камней не более 15мм (при сочетании с ударно-волновой литотрипсией- до 30мм), наилучшие результаты отмечают при диаметре конкрементов до 5мм
- ▶ При единичных камнях, занимающих не более 50%ЖП
- ▶ При сохраненной сократительной Ф ЖП

Противопоказания к применению консервативной терапии ЖКБ:

- ▶ Осложненная ЖКБ, в том числе острый и хронический ХС, т.к. показана быстрая санация жёлчных путей и проведение холецистэктомии
- ▶ Отключённый ЖП
- ▶ Частые эпизоды жёлчной колики
- ▶ Беременность
- ▶ Выраженное ожирение
- ▶ Открытая язва желудка или 12ПК
- ▶ Сопутствующие заболевания печени- острый и хронический гепатит, цирроз печени
- ▶ Хроническая диарея
- ▶ Карцинома ЖП
- ▶ Наличие в ЖП пигментных и обызвествленных холестериновых камней
- ▶ Камни $d > 15\text{мм}$
- ▶ Множественные камни, занимающие более 50% просвета ЖП

Показания к хирургическому лечению:

- ▶ Наличие крупных и мелких конкрементов в ЖП, занимающих >50% его объёма
- ▶ Течение заболевания с частыми приступами жёлчных коликов, независимо от размеров конкрементов
- ▶ Отключённый ЖП
- ▶ ЖКБ, осложненная холециститом и/или холангитом
- ▶ Сочетание с холедохолитиазом
- ▶ ЖКБ, осложненная развитием синдрома Мирицци
- ▶ ЖКБ, осложненная водянкой, эмпиемой ЖП
- ▶ ЖКБ, осложненная перфорацией, пенетрацией, свищами
- ▶ ЖКБ, осложненная билиарным панкреатитом
- ▶ ЖКБ, сопровождающаяся нарушением проходимости общего жёлчного протока

Методы хирургического лечения:

- ▶ Лапароскопическая или открытая холецистэктомия
- ▶ Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (показана при холедохолитиазе)
- ▶ Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ:

- ▶ При бессимптомном камненосительстве не показана
- ▶ Выполняют при наличии симптоматики ЖКБ (особенно частой)
- ▶ Следует отдавать предпочтение лапароскопической холецистэктомии
- ▶ **Сроки проведения холецистэктомии:**

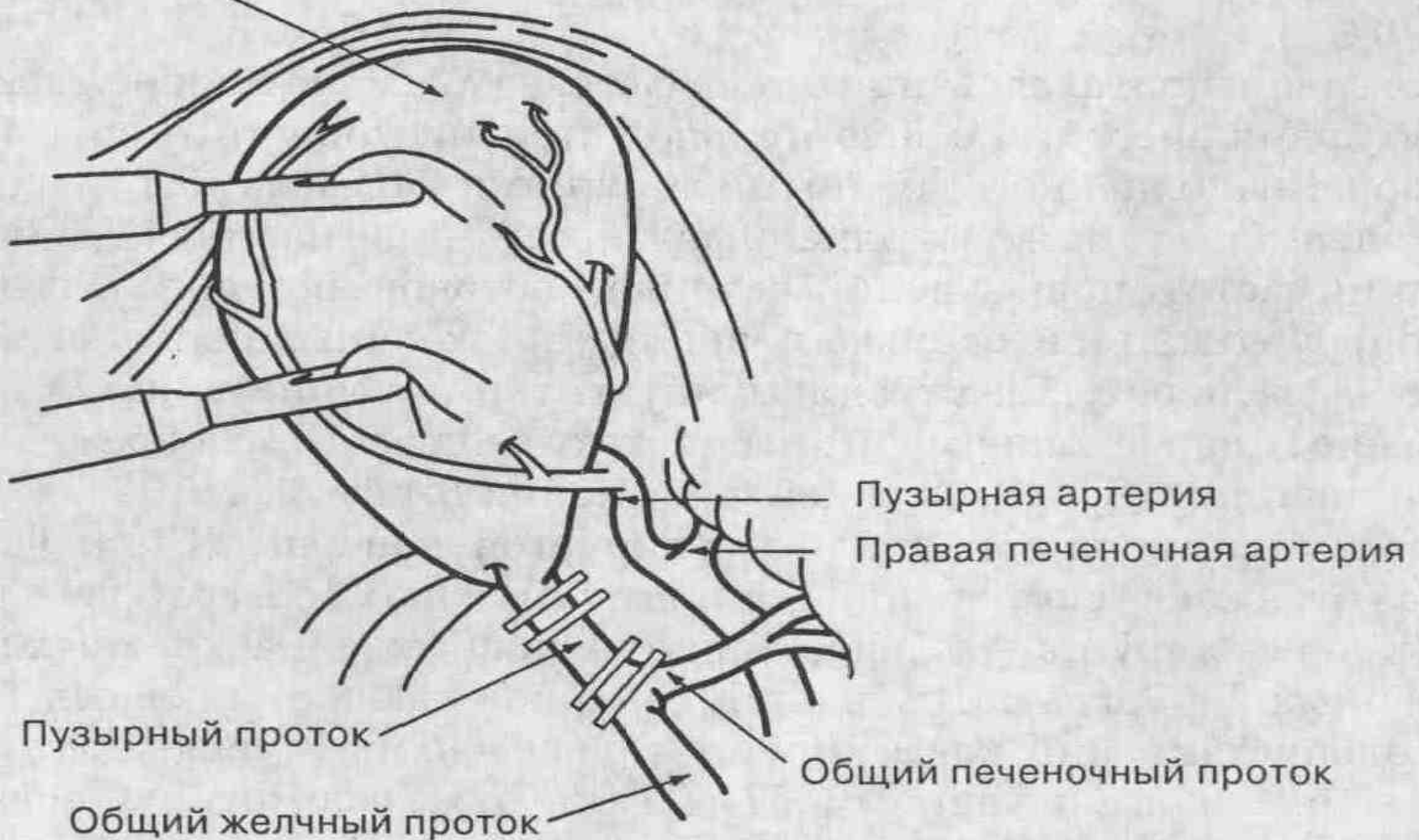
Традиционно:

1. Отсроченное (ч/з 6-8 нед) оперативное лечение после проведения консервативной терапии с обязательным назначением АБ
2. Раннее (в течение нескольких дней от начала заболевания) оперативное лечение

Получены данные: ранняя лапароскопическая холецистэктомия сопровождается той же частотой осложнений, но существенно сокращает сроки лечения.

Холецистэктомия- схема операции:

Желчный пузырь



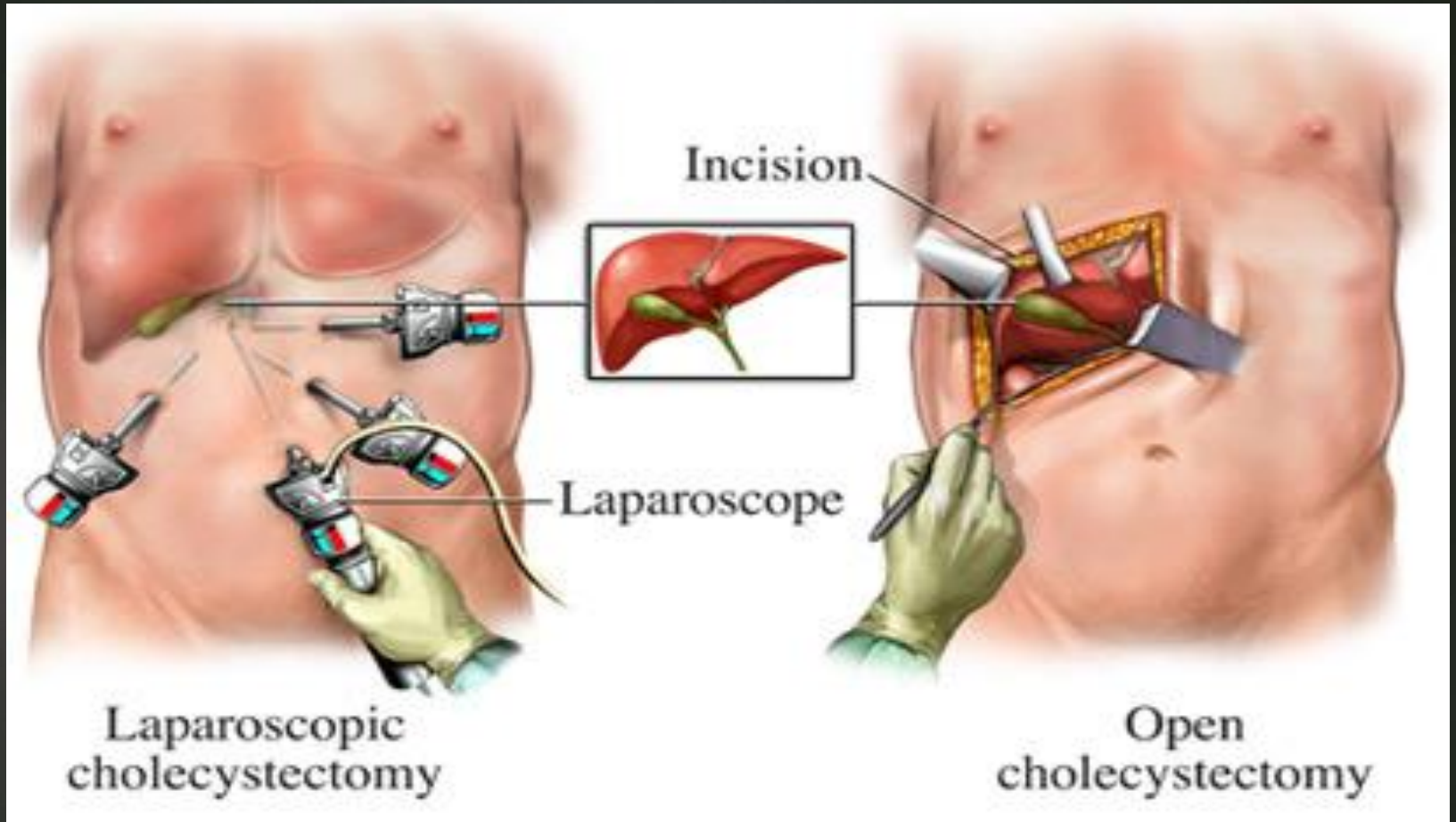
Лапароскопическая ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ



Преимущества лапароскопической холецистэктомии:

- ▶ Меньшая выраженность болевого синдрома
- ▶ Сокращение сроков пребывания в стационаре
- ▶ Меньшая травматичность
- ▶ Более короткий послеоперационный период
- ▶ Лучший косметический результат

Лапароскопическая ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ



Проводится ч/з 4 разреза менее 1 см
КАЖДЫЙ

Противопоказания к проведению лапароскопической

ХОЛЕЦИСТАКТОМИИ:

▶ Абсолютные противопоказания: практически нет

▶ Относительные противопоказания:

1. Острый холецистит при длительности заболевания >48ч

2. Перитонит

3. Острый холангит

4. Обтурационная желтуха

5. Внутренние и наружные жёлчные свищи

6. Цирроз печени

7. Коагулопатия

8. Неразрешившийся острый панкреатит

9. Беременность

10. Патологическое ожирение

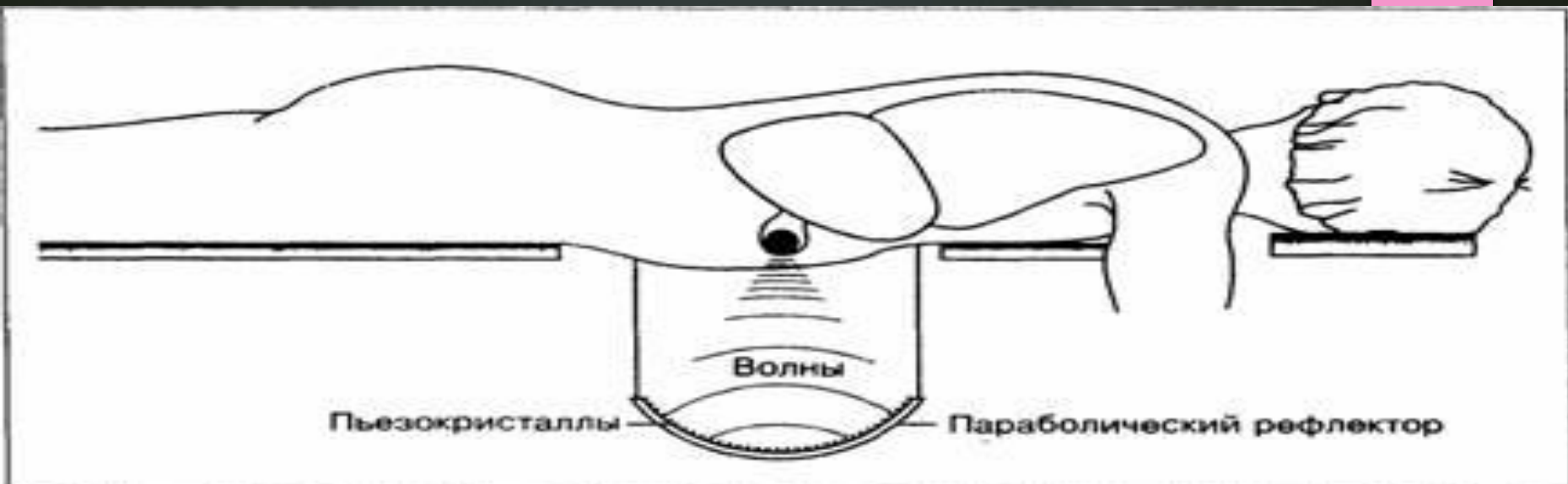
11. Тяжёлая лёгочно-сердечная недостаточность

Ударно-волновая литотрипсия

применяется при:

- ▶ Наличие в жёлчном пузыре не более трёх камней $d < 30\text{мм}$
- ▶ Наличие конкрементов, «всплывающих» при проведении пероральной холецистографии (характерный признак холестериновых камней)
- ▶ Функционирующий ЖП по данным пероральной холецистографии
- ▶ Сокращение ЖП на 50% по данным сцинтиграфии

Ударно-волновая литотрипсия:



2 конкремента после сеанса ударно-волновой литотрипсии:



Эндоскопическая папиллосфинктеротомия:

Показана в первую очередь при холедохолитиазе



Сравнительная характеристика различных вмешательств на ЖП при ЖКБ:

Метод	Описание	Преимущества	Недостатки
Холецист-эктомия	Удаление ЖП и камней	Приводит к полному излечению от заболевания, предотвращает рецидивы, возможность развития рака ЖП. Метод оптимален для лечения острого холецистита	
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	Доступ к желчевыводящим путям через эндоскоп, введённый ч/з рот; с помощью специальных инструментов проводят сфинктеротомию и извлечение камня из общего жёлчного протока	Диагностический стандарт при холедохолитиазе; сокращение сроков пребывания в стационаре; более короткий период выздоровления; м.б. также применён при остром холангите	
Ударно-Волновая литотрипсия	Локальное подведение волн с высокой энергией приводит к размельчению камней	Неинвазивный метод лечения	Осложнения: жёлчная колика, острый холецистит, панкреатит, холедохолитиаз с развитием мех.желтухи, микро-и макрогематурия, гематомы печени, жёлчного пузыря

Осложнения ЖКБ:

- ▶ Обтурация камнем пузырного или общего жёлчного протоков
- ▶ Острый холецистит и холангит
- ▶ Вклинение камня в просвет большого сосочка двенадцатиперстной кишки
- ▶ Острый билиарный панкреатит
- ▶ Хронический холецистит

Дальнейшее ведение:

- ▶ Диспансерное наблюдение в амбулаторно-поликлинических условиях
- ▶ Особенно тщательно наблюдать пациентов с бессимптомным камненосительством. При появлении какой-либо динамики: лабораторное обследование+УЗИ
- ▶ При проведении пероральной литолитической терапии- регулярный контроль конкрементов с помощью УЗИ
- ▶ При терапии хенодеоксихолевой кислотой рекомендован контроль функциональных проб печени 1 раз в 2-4 нед.

Обучение больного:



- ▶ Проинформировать относительно природы его заболевания и возможных осложнениях
- ▶ Рекомендовать режим и характер питания
- ▶ При пероральной литолитической терапии необходимо обосновать длительность лечения и возможность его неудачи
- ▶ Убедить в необходимости своевременной плановой операции

Прогноз:

- ▶ Эффективность консервативного лечения оказывается довольно высокой: при правильном отборе больных полное растворение камней наблюдают через 18-24 мес у 60-70% пациентов, однако нередки рецидивы заболевания.