

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

СЕЙТКАН АЙДАНА

Алматы, 2016ж

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)

- * заболевание, характеризующееся образованием конкрементов в желчном пузыре (холецистолитиаз), общем желчном протоке (холедохолитиаз). Может протекать с симптомами желчной (билиарной, печеночной) колики в ответ на преходящую обструкцию камнем пузырного или общего желчного протока, сопровождающуюся спазмом гладких мышц и внутрипротоковой гипертензией.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация III съезда Научного общества гастроэнтерологов России (Ильченко А. А., 2004)

*

I стадия – начальная или предкаменная:

- * 1. Густая неоднородная желчь.
- * 2. Формирование билиарного сладжа:
 - * - с наличием микролитов;
 - * - с наличием замазкообразной желчи;
 - * - сочетание замазкообразной желчи с микролитами.

- * **II стадия** – формирование желчных камней:
- * 1. По локализации:
 - * - в желчном пузыре;
 - * - в общем желчном протоке;
 - * - в печеночных протоках.
- * 2. По количеству камней:
 - * - одиночные;
 - * - множественные.
- * 3. По составу:
 - * - холестериновые;
 - * - пигментные;
 - * - смешанные.
- * 4. По клиническому течению:
 - * 4.1 Латентное течение.
 - * 4.2 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.

Классификация (альтернативный вариант)

* Желчные камни

* 1. По локализации:
- в желчном пузыре;

* - в общем желчном протоке;

* - в печеночных протоках.

* 2. По количеству камней:

- одиночные;

- множественные.

* 3. По составу:

3.1 **Холестериновые** (так называемые "желтые камни") - содержат в основном холестерин, имеют круглую или овальную форму, слоистую структуру. Диаметр - от 4-5 до 12-15 мм. Типичная локализация - желчный пузырь.

3.2 **Пигментные** (билирубиновые, так называемые "черные камни") - характеризуются малыми размерами, обычно множественные, жесткие, хрупкие, совершенно гомогенные. Располагаются как в желчном пузыре, так и в желчных протоках.

* 3.3 **Смешанные** (так называемые "коричневые камни") - обнаруживаются наиболее часто. Содержат холестерин, билирубин, желчные кислоты, белки, гликопротеиды, различные соли, микроэлементы. Чаще множественные, самой разнообразной формы.



*** Классификация желчнокаменной болезни по клиническому течению:**

- * - латентная форма (камненосительство);
- * - первично-хронический холецистит;
- * - желчная колика;
- * - хронический рецидивирующий холецистит.

Обязательные лабораторные исследования

* Обязательные лабораторные исследования

*

Общеклинические исследования:

*

1. Общий анализ крови:

- лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево не характерен для желчной колики (отмечается, как правило, при присоединении острого холецистита или холангита, описанных в других подразбиках);

- ретикулоциты.

2. Копрограмма.

*

3. Общий анализ мочи.

*

4. Биохимия:

4.1 Глюкоза плазмы крови.

4.2 Показатели липидного обмена: общий холестерин крови, липопротеины низкой плотности, липопротеины очень низкой плотности.

*

4.3 Печеночные пробы (повышение уровня обусловлено холедохолитиазом и обструкцией желчевыводящих путей):

- АСТ;

*

- АЛТ;

*

- ГГТ;

*

- протромбиновый индекс;

*

- щелочная фосфатаза;

*

- билирубин: общий, прямой.

*

4.4 Ферменты поджелудочной железы: амилаза крови, амилаза мочи.

Обязательные инструментальные исследования

- * 1. **УЗИ** органов брюшной полости является наиболее доступным методом с высокими показателями чувствительности и специфичности для выявления желчных конкрементов. Для камней в желчном пузыре и пузырном протоке чувствительность УЗИ составляет 89%, специфичность - 97%. Для камней в общем желчном протоке чувствительность - менее 50%, специфичность - 95%.

По некоторым данным, чувствительность трансабдоминального УЗИ для выявления камней в желчных протоках значительно ниже (20%). В сомнительных случаях применяют эндоскопическое УЗИ, при проведении которого частота выявления камней в желчных протоках возрастает до 90%, а камней в желчном пузыре, наоборот, падает до 20%.

Расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков считается косвенным признаком, обладающим малой диагностической значимостью. Такие признаки острого холецистита, как утолщение стенки желчного пузыря более 4 мм и выявление "двойного контура" стенки желчного пузыря, также считаются не достоверными, учитывая частоту некалькулёзных холециститов.

Обязательные инструментальные исследования

- * 2. **Обзорная рентгенография** области желчного пузыря имеет чувствительность для выявления желчных конкрементов менее 20% (обусловлено их частой рентгенонегативностью).
- * 3. **ФЭГДС** проводят для оценки состояния желудка и двенадцатиперстной кишки, для осмотра большого сосочка двенадцатиперстной кишки при подозрении на холедохолитиаз с обструкцией ампулы Фатерова соска.

*

Немедикаментозное лечение

Диетотерапия: 4-6-разовое питание с исключением продуктов, усиливающих желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы. Для нормализации перистальтики кишечника и уменьшения литогенности желчи, диета должна включать большое количество растительной клетчатки с добавлением отрубей. Из рациона необходимо исключить копчёности, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. При желчной колике необходим голод в течение 2-3 дней.

*

Лекарственная терапия


*

1. Пероральная литолитическая терапия является единственным эффективным методом консервативного лечения желчнокаменной болезни. Для растворения камней применяют препараты желчных кислот:

- урсодезоксихолевую кислоту - замедляет всасывание холестерина в кишечнике и способствует переходу холестерина из камней в желчь;
- хенодезоксихолевую кислоту - тормозит синтез холестерина в печени и также способствует растворению холестериновых камней.

*

Лечение препаратами желчных кислот проводят и контролируют амбулаторно. Ввиду существования жестких критериев отбора больных и высокой стоимости, данный метод доступен для очень небольшой группы пациентов с неосложненным течением заболевания.



* **2.** Другим методом консервативной терапии является **контактное растворение**: под контролем УЗИ или рентгена производят пункцию желчного пузыря и вводят в него метилбутиловый эфир или пропилацетат. Метод опасен вследствие возможной утечки препарата и необходимости экстренной холецистэктомии. Часто возникают рецидивы, даже на фоне приема соответствующих препаратов.

* **3. Антибактериальная терапия** - показана при остром холецистите и холангите.

Метод	Описание	Преимущества	Недостатки
Холецистэктомия	Удаление желчного пузыря и камней	Приводит к полному излечению от заболевания, предотвращает рецидивы, возможность развития рака желчного пузыря. Метод оптимален для лечения острого холецистита	
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	Доступ к желчевыводящим путям через эндоскоп, введенный через рот; с помощью специальных инструментов проводят сфинктеротомию и извлечение камня из общего желчного протока	Диагностический стандарт при холедохолитиазе; сокращение сроков пребывания в стационаре; более короткий период выздоровления; может быть также применен при остром холангите	
Ударно-волновая литотрипсия	Локальное подведение волн с высокой энергией приводит к размельчению камней	Неинвазивный метод лечения	Осложнения: желчная колика, острый холецистит, панкреатит, холедохолитаз с развитием механической желтухи, микро- и макрогематурия, гематомы печени, желчного пузыря

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- * **В гастроэнтерологический стационар:**

- * - хронический калькулёзный холецистит (для осуществления детального обследования и для подготовки к оперативному или консервативному лечению);
- * - обострение ЖКБ и состояние после холецистэктомии (хронический билиарный панкреатит, дисфункция сфинктера Одди).

- *

Продолжительность стационарного лечения хронического калькулёзного холецистита составляет 8-10 дней, хронического билиарного панкреатита - 21-28 дней (в зависимости от тяжести заболевания).

- *

Лечение включает в себя диетотерапию, применение лекарственных средств, методов дистанционной литотрипсии и оперативное вмешательство.