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 "коричневыке 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 подрубриках);
- 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.