

# Желчнокаменная болезнь

**ЖКБ (холелитиаз)** — заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное, нарушением обмена холестерина и/или билирубина, характеризующееся образованием камней в желчном пузыре и/или в желчных протоках.



# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

## Причины:

- нарушение липидного обмена,
- инфицирование желчи,
- застой желчи, возникающий вследствие следующих факторов:

## *Механические:*

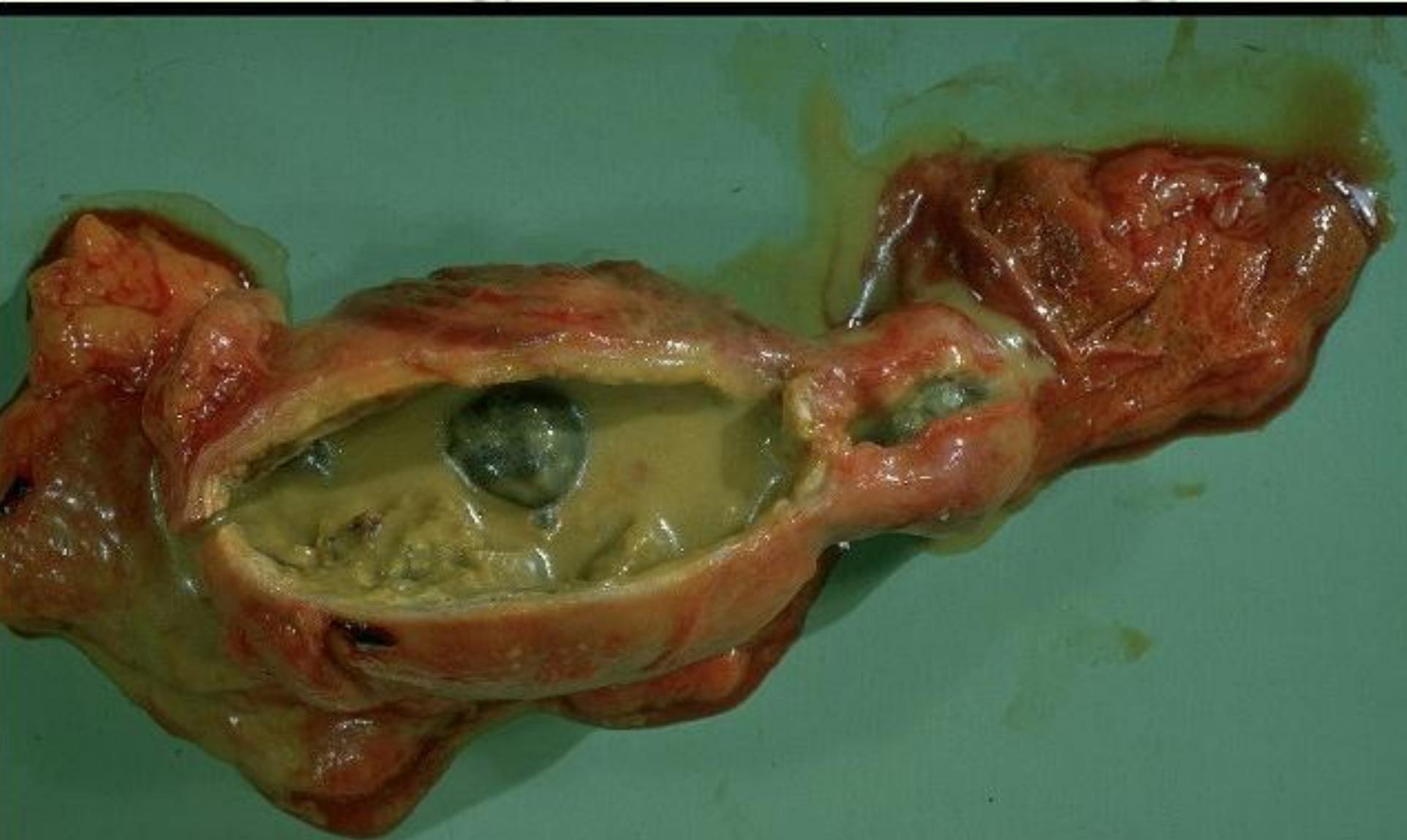
- повышение внутрибрюшного давления (например при беременности);
- опущение внутренних органов;
- выраженный метеоризм (аэрохолия);
- анатомические изменения желчных ходов (перегибы, спайки, рубцы пузырного или общего желчного протока);
- сдавление общего желчного протока (например увеличенными лимфатическими узлами);
- воспалительный процесс, структуры в области фатерова сосочка

# Факторы риска развития желчнокаменной болезни

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Возраст</b>                 | <b>Пожилой и старческий</b>  |
| <b>Пол</b>                     | <b>Женский</b>   |
| <b>Медикаменты</b>             | <b>Производные фибратов, контрацептивы, эстрогены в период менопаузы, прогестерон, октреотид, цефтриаксон</b>  |
| <b>Анамнез</b>                 | <b>Холелитиаз у матери</b>   |
| <b>Состояние питания</b>       | <b>Ожирение, быстрое похудание, полное парентеральное питание, голодание.</b>  |
| <b>Заболевания и состояния</b> | <b>Беременности(множественные),болезньКрона, гипертриглицеридемия, сахарный диабет, хронический гемолиз, цирроз печени, инфекция билиарной системы, дуоденальные и холедоухальные дивертикулы, стоволовая ваготомия, резекция желудка, низкий уровень холестерина и липопротеидов высокой плотности.</b> |

# Химический состав желчных камней

- холестериновые,
- билирубиновые (пигментные)
- смешанные.
- **Холестериновые камни** содержат холестерин, имеют круглую или овальную форму, слоистую структуру. Их диаметр составляет от 4-5 до 12-15 мм. Типичная для них локализация — желчный пузырь.
- **Пигментные (билирубиновые) камни** характеризуются малыми размерами, обычно множественны. Они жесткие, хрупкие, совершенно гомогенные, располагаются как в желчном пузыре, так и в желчных протоках.  
Предрасположением к образованию черных пигментных камней, состоящих преимущественно из билирубината кальция, служат следующие факторы:
  - хронический гемолиз (гемолитические анемии, анемия В12, имплантированные искусственные клапаны сердца и др.);
  - инфекция билиарного тракта (*E. Coli*, *Clostridium Sp.*)
  - цирроз печени



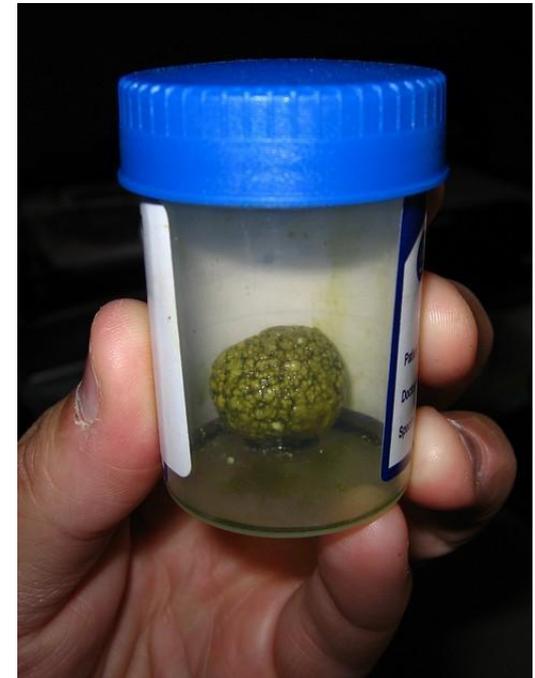
10 cm

# ДИАГНОСТИКА

- Диагноз ЖКБ ставят на основании данных анамнеза, результатов физикальных методов исследования, лабораторно-инструментального обследования.

## **Анамнез и физикальное обследование**

- **На первой стадии ЖКБ** клинических проявлений заболевания нет.
- **На второй стадии ЖКБ** (латентное бессимптомное камненосительство)
- **Третья стадия ЖКБ** — клиническая, осложненная, характеризуется частыми желчными коликами с острым и рецидивирующим калькулезным холециститом.
- Клинические проявления ЖКБ зависят от расположения желчных камней, их размеров, локализации и активности воспаления, функционального состояния желчевыделительной системы, от поражения других органов.
- Определить стадию заболевания и выбрать тактику лечения помогают тщательный сбор анамнеза и физикальное обследование больного (выявление типичных признаков желчной колики, симптомов воспаления желчного пузыря).
- Основное клиническое проявление ЖКБ — желчная колика (обычно развивающаяся вследствие преходящей обструкции камнем пузырного протока).



# ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ

- Боль возникает внезапно, «беспричинно» или после еды, в правом подреберье, эпигастральной области, затем, приблизительно через 2 часа, боль концентрируется в области желчного пузыря.
- Боль иррадирует вверх, вправо, в правое плечо, шею, челюсть, под правую лопатку, иногда в область сердца (холецистокоронарный синдром), провоцируя приступ стенокардии.
- Продолжительность желчной колики составляет от 15 мин до 5-6 ч.

Болевой синдром сопровождается повышенной потливостью, гримасой боли на лице и вынужденным положением — на боку с поджатыми к животу ногами. Иногда возникают тошнота и рвота. Факторами, провоцирующими возникновение боли, является употребление жирной, жареной пищи, приема алкоголя, пряностей. Провоцируют приступ стресс, отрицательные эмоции, физические нагрузки, работа в наклонном положении. У женщин колика иногда совпадает с менструацией или возникает после родов.

Боль может купироваться также внезапно, как и возникать.

Учитывая выраженность болевого синдрома, для купирования боли вводят наркотические анальгетики (промедол).

***Введение морфина противопоказано, т.к. он повышает тонус сфинктера Одди, вызывает его спазм, что может приводить к еще большему нарушению оттока желчи.***

# Колике часто сопутствуют

- тошнота;
- рвота пищей, желчью, не приносящие облегчения;
- неукротимая рвота и выраженный метеоризм;
- кратковременный субфебрилитет, исчезающий с окончанием приступа;
- может отмечаться кратковременный озноб с повышением температуры до 38-39° С;
- колика может сопровождаться невыраженной желтухой, субиктеричностью склер.
- Желтуха быстро проходит после купирования приступа, но может держаться и до 2-3 дней.



# Объективное исследование

- сознание ясное;
  - положение вынужденное, с поджатыми к животу ногами (правой ногой); мечутся в постели, стонут, кричат;
  - больные чаще повышенного питания с признаками ожирения;
  - на коже — ксантоматозные бляшки, на слизистой век — ксантелазмы;
  - живот вздут, при пальпации отмечается защитное напряжение прямых мышц в области желчного пузыря, болезненность кожи над областью проекции желчного пузыря (зон гиперестезии); могут выявляться характерные симптомы:
    - **симптом Захарьина** — резкая боль при поколачивании пальцем или надавливании в области проекции желчного пузыря;
    - **симптом Ортнера** — боль при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге;
    - **симптом Мерфи** — резкая боль при введении кисти в область правого подреберья на высоте вдоха, прерывание вдоха.
- После окончания приступа может определяться увеличенная и болезненная печень.

# ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

— Клинический анализ крови.

**Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево** не характерен для желчной колики. Общий анализ мочи.

- Глюкоза плазмы крови.
- Биохимическое исследование крови (показатели липидного обмена).
- Функциональные пробы печени;

## **Общий белок и фракции**

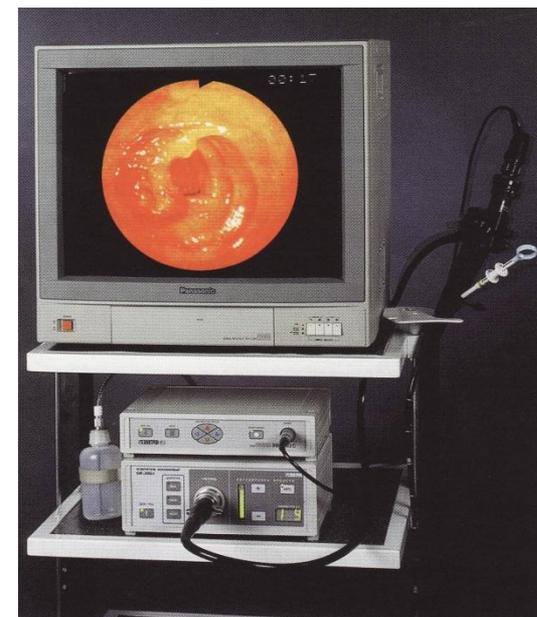
- АСТ.
- АЛТ.
- Протромбиновый индекс.
- Щелочная фосфатаза.
- Билирубин: общий, прямой.

## **Маркеры вирусного гепатита**

- Анти-НВ8 (антитела к поверхностному антигену гепатита В).
- Анти-НВС (антитела к ядерному антигену гепатита В).
- Анти-НСV (антитела к вирусу гепатита С).
- Ферменты поджелудочной железы:
- Амилаза крови, мочи.
- Липаза крови.
- Ингибитор трипсина крови.

# УЗИ органов брюшной полости

- Для камней в желчном пузыре и пузырном протоке чувствительность УЗИ составляет 89%, специфичность — 97%; для камней в общем желчном протоке чувствительность - менее 50%, а специфичность - 95%.
- Внутривенная холеграфия.
- КТ органов брюшной полости (желчного пузыря, желчных протоков, печени, поджелудочной железы).
- Сцинтиграфия желчных путей с  $^{99\text{Tc}}$ -замещенными имидодиуксусными кислотами.
- ЭРХПГ.
- Магнитно-резонансная холангиопанкреатография — позволяет выявить невидимые при УЗИ камни в желчевыводящих путях. Чувствительность 92%, специфичность 97%.
- фракционное хроматическое дуоденальное зондирование



# ЛЕЧЕНИЕ

## ***Цели лечения:***

***Удаление желчных камней*** из желчевыводящих путей или желчного пузыря вместе с конкрементами.

## ***Предотвращение развития осложнений:***

- ближайших (острый холецистит, острый панкреатит, острый холангит);
- отдаленных (опухолевые процессы).

# Консервативная терапия

## Общие рекомендации

- **Соблюдение режима работы и отдыха** (регулярные физические нагрузки в виде утренней зарядки, прогулки на свежем воздухе, плавание, туризм, спортивные игры показаны на первой стадии развития заболевания). Физические упражнения **ограничиваются** при образовании камней в желчном пузыре, при развитии хронического калькулезного холецистита.
- **Нормализация массы тела** — одно из главных условий успешного медикаментозного растворения камней (активный образ жизни, дозированные физические нагрузки, лечебное питание).
- **Лечебное питание:**  
Рекомендуется 4-6 разовый прием пищи с ограниченным содержанием холестерина и очищенных углеводов.  
**Запрещаются** копчености, тугоплавкие жиры (говяжий, свиной, бараний), раздражающие приправы, алкогольные напитки. Увеличивается доля растительных жиров (50%). Полезно добавление в пищу пшеничных отрубей (15 г 2 раза в день).

# Устранение дискинезии желчевыводящих путей и дуоденальной гипертензии

- Применяется Дюспаталин
- эффект после приема дюспаталина возникает быстро (через 20-30 минут) и продолжается в пределах 12 часов, что делает возможным его двукратный прием в сутки (пролонгированная форма);
- дюспаталин выпускается в капсулах содержащих 200 мг мебеверина гидрохлорида в виде микросфер, покрытых кислотоустойчивой оболочкой

**Основная цель терапии** панкреатическими ферментами заключается в обеспечении достаточной активности липазы в двенадцатиперстной кишке.

- Назначается Креон.
- **Исключение лекарств, повышающих литогенность желчи** (оральные контрацептивные препараты, эстрогены, клофибрат, никотиновая кислота).

- **Препараты урсодеоксихолевой кислоты** (урсосан, урсофальк) назначаются в виде капсул по 250 мг в суточной дозе 8-10 мг/кг веса тела: до 60 кг-2 капсулы, до 80 кг — 3 капсулы, до 100 кг — капсулы, более 100 кг — 5 капсул. Побочные действия: диарея, кожный зуд, повышения активности сывороточных аминотрансфераз, редко — кальцификация желчных камней. Препараты хенодеоксихолевой кислоты: (хенофальк, хенохол, хеносан) в суточной дозе 15 мг/кг веса тела: до 60 кг — 3 капсулы, до 75 кг — 4 капсулы, до 90 кг — капсул, более 90 кг — 6 капсул.
- Побочные действия: желчные колики, диарея, повышение активности сывороточных аминотрансфераз.
- Препараты назначают перед сном.
- Продолжительность лечения: от 6 месяцев до 2 лет в зависимости от величины камней.
- Во время лечения ежемесячно первые 3 месяца, а затем 1 раз в 4 месяца проводятся исследования активности сывороточных аминотрансфераз. Контрольные УЗИ желчных путей выполняются каждые 6-10 месяцев (в зависимости от размеров камней).
- При отсутствии эффекта оперативное лечение

# ОСЛОЖНЕНИЯ

- развитие острого холецистита;
- развитие хронического калькулезного холецистита;
- развитие «отключенного» желчного пузыря с образованием водянки желчного пузыря и возможным возникновением эмпиемы;
- образование пролежней стенки желчного пузыря с развитием перитонита или образования желчных свищей;
- развитие холедохолитиаза;
- механическая желтуха;
- холангит
- панкреатит