

На приеме пациентка с желчнокаменной болезнью

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) занимает третье место в структуре заболеваемости после болезней сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета. ЖКБ – многофакторное и многостадийное заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина и/или билирубина с образованием камней в желчном пузыре (ЖП) и/или желчных протоках.

Клинический пример

Пациентка М., 62 года, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на тупую тянущую боль в области правого подреберья, чувство горечи во рту. Результаты ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости: в полости ЖП множественные конкременты диаметром от 5 до 25 мм, «отключенный» ЖП (рис. 1).

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 лет пациентке ежегодно проводится УЗИ органов брюшной полости, 4 года назад при УЗИ было выявлено наличие застойного содержимого в полости ЖП. Спустя год на УЗИ было отмечено наличие в полости ЖП 3 смещаемых гиперэхогенных образований (рис. 2), не дающих акустической тени (микролиты).

Впервые конкременты в ЖП были выявлены 2 года назад: 3 конкремента размерами от 3 до 5 мм. При динамическом наблюдении через 1 год были обнаружены множественные конкременты в ЖП, занимавшие 1/3 полости ЖП, максимальный размер конкрементов достигал 11–13 мм.

Предварительный анализ анамнеза заболевания свидетельствует, что в течение 4 лет патология билиарного тракта у пациентки неуклонно прогрессировала и сложилась клиническая ситуация, когда требуется хирургическое лечение.

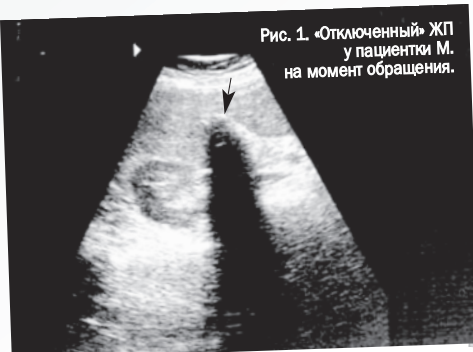


Рис. 1. «Отключенный» ЖП у пациентки М. на момент обращения.



Рис. 2. Наличие в полости ЖП 3 смещаемых гиперэхогенных образований, не дающих акустической тени (микролиты), у пациентки М. 3 года назад.

Обсуждение

Рассмотрим подробно этапы ведения пациентки участковым терапевтом и хирургом поликлиники.

Наличие застойного содержимого в полости ЖП было выявлено при УЗИ 4 года назад. Пациентку на тот период времени практически ничего не беспокоило, за исключением эпизодического появления чувства горечи во рту. Участковый терапевт рекомендовал соблюдение диеты, прием желчегонных трав и аллохола. Год спустя, когда были обнаружены 3 смещаемых гиперэхогенных образования, пациентка периодически после погрешностей в диете (жирная пища) отмечала чувство тяжести в правом подреберье, для облегчения которой по рекомендации терапевта использовала но-шпу и аллохол.

Любая неоднородность желчи, которая была выявлена у пациента при УЗИ, обозначается в настоящее время термином «билиарный сладж» (БС). С практической точки зрения выделяются три основных варианта БС, имеющих наиболее четко очерченную эхографическую картину: эхо-неоднородная желчь, микролитиаз и сочетание микролитиаза с «замазкообразной» желчью.

Показанием к проведению курсов консервативной терапии при БС, даже не сопровождающей-

ся клинической симптоматикой, является стойкое его обнаружение при повторных УЗИ в течение 3 мес. В таких случаях пациентам следует рекомендовать:

- регулярный прием пищи каждые 3–4 ч;
- исключить длительные периоды голодания;
- прием жидкости не менее 1,5 л в день;
- проведение слепых дуоденальных зондирований.

Устранению БС может способствовать коррекция сопутствующих дисфункциональных расстройств билиарного тракта.

При неэффективности указанных мероприятий показана урсотерапия с использованием препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) – гидрофильной нетоксичной третичной желчной кислоты, образующейся в норме под действием бактериальных ферментов из 7-кето-литохолевой кислоты в кишечнике.

Препараты УДХК назначают в дозе 10–15 мг/кг в сутки однократно на ночь.

С 2009 г. на российском фармацевтическом рынке представлен отечественный генерик УДХК – препарат Урдокса® (фармацевтическое предприятие «Оболенское»).

При сравнении биоэквивалентности Урдоксы с референтным препаратом Урсофальк* методом

высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием профессором В.И.Симаненковым и соавт. (2010 г.) было установлено, что полнота и скорость всасывания УДХК из сравниваемых препаратов практически одинаковы.

Подтверждением фармацевтической эквивалентности препарата Урдокса® является не только одинаковое количество активного вещества в 1 капсуле, но и наличие идентичных инфракрасных спектров, полученных профессором Е.Ю.Плотниковой (2012 г.) при инфракрасной спектроскопии готовых лекарственных форм сравниваемых лекарственных препаратов УДХК – Урсофалька, Урсосана и Урдоксы.

Урдокса® производится из европейской субстанции (Италия) по стандартам GMP на российском производстве, что позволяет предложить потребителям привлекательную цену, особенно значимую при курсовом приеме.

Для элиминации БС в виде взвеси гиперэхогенных частиц обычно достаточно месячного курса урсотерапии. При других формах БС курс лечения более длительный, но, как правило, не превышает 3 мес. Эффективность урсотерапии в сроки лечения до 3 мес, в зависимости от вида БС, составляет 75–85%.

При сопутствующей коррекции дисфункций билиарного тракта с применением спазмолитиков эффективность урсотерапии достигает 95%.

В последней редакции международного консенсуса «Римские критерии IV» (2016 г.) в качестве одного из препаратов выбора при дисфункциях билиарного тракта рассматривается тримебутин. Исследование применения тримебутина в терапии пациентов с функциональными расстройствами билиарной системы профессором Э.П.Яковенко и соавт. (2008, 2014 г.) показало, что тримебутин эффективно купирует симптомы функциональных и диспепсических расстройств у большинства пациентов с дисфункциями ЖП и сфинктера Одди.

Тримебутин – селективный желудочно-кишечный спазмолитик с выраженной анестезирующей и прокинетической активностью, универсальный регулятор моторики желудочно-кишечного тракта, который является полным агонистом всех трех типов (μ -, κ -, δ -) периферических опиоидных рецепторов. В 2016 г. фармацевтическое предприятие «Оболенское» представило новый препарат тримебутина – Необутин®. Для взрослых пациентов Необутин® выпускается в таблетках 200 мг и таблетках ретард 300 мг, режим дозирования 200 мг 3 раза в день или 300 мг 2 раза в день. В педиатрической практике используется Необутин® в таблетках по 100 мг.

Конкременты в ЖП у пациентки впервые были выявлены при УЗИ 2 года назад: 3 конкремента размерами от 3 до 5 мм. Пациентку на тот период времени также практически ничего не беспокоило, и хирург поликлиники успокоил ее, предложив наблюдение.

Комментарий. При диагностике ЖКБ на II–IV стадиях в практической деятельности удобно пользо-

*Оригинальный препарат Урсо (Токуо Tanabe Co. – Япония) ушел с рынка РФ в 2002 г. В настоящее время на российском рынке гепатопротекторов представлены только дженерические варианты УДХК.

Международные рекомендации по отбору пациентов с ЖКБ для хирургического лечения (программа Euricterus)				
Количество баллов	Клиническая ситуация	Количество баллов	Основные характеристики	Сумма баллов
1	Нет симптомов	1	Камни ЖП	2
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	3
2	Есть симптомы	1	Камни ЖП	3
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	4
		3	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП+ дилатация холедоха	5
3	Желчная колика	1	Камни ЖП	4
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	5
		3	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП+ дилатация холедоха	6
4	Острый холецистит	1	Камни ЖП	5
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	6
5	Острый панкреатит	1	Камни ЖП	6
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	7
6	Рецидивирующий панкреатит	1	Камни ЖП	7
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	8
7	Обтурационная желтуха	1	Камни ЖП	8
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	9

ваться международными рекомендациями (программа Euricterus) по отбору пациентов с этой патологией для хирургического лечения (см. таблицу). При сумме баллов 1–2 – операция не рекомендуется, 3–4 – показания относительные, 5 баллов и выше – показания к операции абсолютные.

Сумма баллов у пациентки 2 года назад составила 2. У пациентки имелись все показания к проведению пероральной литолитической терапии (ПЛТ), которая показана в тех случаях, когда отсутствуют показания к хирургическому лечению или пациентам противопоказано хирургическое лечение (тяжелые соматические заболевания, повышающие операционный риск, некорригируемые нарушения свертывания крови), а также при несогласии больного на операцию (около 30% пациентов с ЖКБ).

Для ПЛТ используют только препараты УДХК, например Урдокса®, в суточной дозе 10–15 мг на 1 кг массы тела однократно на ночь до полного растворения камней с последующим продолжением урсотерапии еще в течение 3 мес. Лечение проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес лечения является основанием для заключения о неэффективности консервативной литолитической терапии и решения вопроса о хирургическом лечении. После окончания лечения контрольные УЗИ проводят каждые 6 мес в течение 3 лет для диагностики рецидивов.

Год назад у пациентки были относительные показания к хирургическому лечению (4 балла). Хирург поликлиники рекомендовал проведение холецистэктомии, которая не была выполнена вви-

ду перенесенного за 3 мес до УЗИ мелкоочагового инфаркта миокарда. Показания к назначению ПЛТ у пациентки сохранялись, но препараты УДХК ни участковым терапевтом, ни хирургом поликлиники не были назначены. Вместе с тем целесообразно отметить, что даже отсутствие показаний к ПЛТ не исключает назначение пациентам с ЖКБ препарата УДХК (Урдокса®) с целью коррекции сопутствующих синдромов хронической билиарной недостаточности, нарушенного пищеварения и избыточного бактериального роста.

Из приведенного примера видно, что пассивная тактика ведения пациентки привела к прогрессированию патологии билиарного тракта и развитию клинической ситуации, когда возможности консервативной терапии минимальны и пациентке требуется хирургическое лечение на фоне повышенного интраоперационного риска. Сегодня есть реальная возможность выявлять ЖКБ на ее предкаменной стадии в любом клиническом учреждении, оснащенном аппаратом ультразвуковой диагностики. Активная консервативная терапия на этой стадии становится эффективной профилактикой формирования желчных конкрементов и других осложнений БС. Важное место в рамках активного наблюдения за пациентами с патологией билиарного тракта занимает терапия препаратами УДХК (Урдокса®) вследствие многогранности ее действия, патогенетической обоснованности, доказательной базы и невысокой стоимости терапии.

Д. И. Трухан,

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России