

Изложение позиции WGO-OMGE : Бессимптомная желчнокаменная болезнь

Основная команда:

Prof. Alan G. Johnson MD
Prof. M Fried MD
Prof. G.N.J. Tytgat MD
Drs. J.H. Krabshuis

Специальные консультанты:

Prof. Roque Saenz
Prof. Martin Carey
Prof. Sum P. Lee

Разделы:

1. Определения
2. Распространенность желчных камней
3. Последствия и риск осложнений
4. Тактика хирургического лечения
5. Исключения
6. Литературные ссылки
7. Ссылки на использованные веб-сайты
8. Члены комитета практических руководств WGO-OMGE, которые оказали помощь в формулировке изложенных положений
9. Вопросы читателей и обратная связь

1. Определения

Бессимптомные желчные камни: наличие желчных камней выявляется случайно у пациентов, у которых не было никаких абдоминальных симптомов или же имеющиеся симптомы не связывали с наличием желчных камней. Диагноз устанавливается во время обычного ультразвукового исследования, проводимого по поводу какой-либо другой патологии брюшной полости, а время от времени при пальпации желчного пузыря во время операции. Это определение предполагает, что мы знаем, какие симптомы специфичны для желчных камней.

Симптомы желчных камней [1,5,6]: боль в правой подреберной или эпигастральной области, иррадиирующая в правое плечо и заставляющая пациента улечься, боль не ослабевает при дефекации. Чаще боль имеет постоянный, а не схваткообразный характер. Датское исследование распространенности желчных камней указывает, что "ночная боль в правом верхнем квадранте" является самым отчетливым симптомом у мужчин, а "сильная и угнетающая боль, спровоцированная жирной пищей" является симптомом, который лучше всего коррелирует с наличием желчных камней у женщин [7]. Многие пациенты указывают на неотчетливое нарушение пищеварения и вздутие живота, которые чаще имеют отношение к синдрому возбужденной кишки. Однако, в некоторых случаях бывает очень трудно решить вопрос о том, вызывают желчные камни эти симптомы или не вызывают. Так например, местом локализации боли часто является подложечная область и эта ситуация может быть неправильно интерпретирована как наличие язвенной болезни, особенно в тех случаях, когда боль возникает после еды и ночью.

2. Распространенность желчных камней

В Европе около 10% всех взрослых лиц имеет желчные камни, при этом у женщин детородного возраста они встречаются в 3 раза чаще, чем у мужчин [2,9]. В целом у женщин желчные камни встречаются в два раза чаще, чем у мужчин. Распространенность увеличивается с возрастом у обоих полов и в возрасте 65 лет примерно у 30% женщин имеются желчные камни, а к 80 годам их имеют 60% как мужчин, так и женщин

3. Последствия и риск осложнений

По понятным причинам отсутствуют исследования от самого начала образования желчных камней до смерти пациента. В Датском исследовании бессимптомные желчные камни выявлялись при ультразвуковом скрининге населения, которое затем наблюдалось в течение 11 лет. Частота осложнений (острый панкреатит, обструктивная желтуха, холецистит) составила 0.2 - 0.8% в год. Однако, некоторые из выводов этого исследования были подвергнуты критике со стороны Heaton, который высказал предположение о том, что подбор групп для исследования не был строгим, пациенты с симптомами наличия желчных камней были исключены из исследования на ранней стадии для проведения хирургической операции [6].

В Итальянском исследовании (GREPCO) приводятся данные о ежегодном уровне осложнений в 0.3 - 1.2%, если камни первоначально были бессимптомными и в 0.7 - 2%, если камни в начальной стадии имели клинические симптомы.

Риск развития рака желчного пузыря составляет по данным одного исследования 0.3% при существовании камней свыше 30 лет и 0.25% для женщин и 0.12% для мужчин при аналогичном сроке по данным другого исследования. В некоторых наблюдениях указывается на гораздо больший риск развития рака, если камни имеют размер более 3 см. Имеются результаты исследования на животных, которые указывают на возможность существования и других факторов, которые могут приводить к развитию рака.

Очень редко встречается рак желчного пузыря без камней, за исключением некоторых редких случаев наличия аденоматозных полипов. Показано, что холелитиаз, особенно если он сопровождается хроническим бактериальным обсеменением, проходит через следующие последовательные этапы хронического воспаления - метаплазию - дисплазию - неоплазию. Во многих исследованиях изучается связь морфологических изменений с генетическими маркерами.

Риск холецистэктомии

Общий риск летальности вследствие холецистэктомии варьирует в пределах 0.14-0.15% в различных сериях, завися от возраста и физического состояния пациентов. В настоящее время стало очевидным, что холецистэктомия ведет к незначительному увеличению риска появления рака правой половины толстой кишки у женщин через 15 лет после операции. После холецистэктомии отмечается также увеличение случаев желудочно-пищеводного рефлюкса желчи и диарреи (у пациентов с синдромом возбужденной кишки и неоформленным стулом). Вдобавок к увеличению общего риска летальности вследствие холецистэктомии существует, а возможно и постоянно приобретает большее значение такая проблема, как повреждение желчного протока и связанные с ним боли. Приведенные данные являются еще одним неоспоримым аргументом против проведения лапароскопической холецистэктомии при бессимптомных желчных камнях.

4. Тактика хирургического лечения.

Когда группа из 9 хирургов оценила данные 252 пациентов, которые должны были подвергнуться холецистэктомии, то они сошлись во взглядах в том, что операция была показана только в 52% случаев и не могли согласиться с необходимостью проведения операции у 44% пациентов. Поэтому трудно определить, какие симптомы являются специфически желчными и должны лечиться холецистэктомией. Однако, если вообще нет никаких симптомов, то становится ясным, что холецистэктомия не дает никаких преимуществ пациентам с бессимптомными желчными камнями и, более того, даже тем пациентам, у которых был лишь один не осложненный приступ болей, обусловленный желчными камнями. Риск операции перевешивает те осложнения, которые могут возникнуть при оставлении камней. Вследствие доказанного нарушения концентрации и функциональной активности апикального натрий-зависимого транспортера желчной кислоты у 1-2% перенесших холецистэктомию пациентов имеется хроническая диарея и им для лечения требуются препараты, секвстрирующие желчные кислоты.

Соотношение риска/пользы проявляется в следующем: предположительно из 10.000 пациентов с бессимптомными камнями у 200 в течение 10 лет разовьются острые осложнения с уровнем смертности в 2.5% (5 пациентов), у 100 пациентов появится острый панкреатит с 10% смертельных исходов (10 пациентов). Таким образом, 15 пациентов умрет от осложнений желчных камней. Если же все 10.000 подвергнутся холецистэктомии, то умрет от хирургических осложнений от 10 до 50 пациентов. При этом смертельные исходы от осложнений растянутся на 10 лет.

Финансовая сторона проблемы

Стоимость профилактической хирургии, установленная на основании широкой распространенности желчных камней, будет очень высокой. По расчетам, основанным на средней стоимости в британских госпиталях, она достигнет почти £4 миллионов/10.000 пациентов с бессимптомными камнями.

5. Исключения

Исключения из этой тактики - отказ от проведения операций в случаях бессимптомных камней - может определяться тем, что пациенту планируется проведение другой абдоминальной операции или же тем, что операция назначена конкретно в связи с наличием желчных камней.

Исключения

1. У пациентов, имеющих желчные камни и возможно проживающих в таких регионах мира, которые находятся очень далеко от мест проведения медицинского лечения, возникнет осложнение.
2. Необходимость проведения холецистэктомии у бессимптомных пациентов с желчными камнями должна быть рассмотрена у тех лиц, которые проживают в регионах высокого риска - таких, как Чили и Боливия в Южной Америке.
3. Пациенты с иммунной супрессией, т.е. после трансплантации. У них может иметься очень высокий риск развития такого осложнения как холангит. Кроме того, циклоспорин А и такролимус (FK 506) способствуют образованию камней за счет сниженной функции помпы выведения желчных солей.

4. У пациентов с инсулин - зависимым диабетом не отмечено повышенного распространения камней, но лица пожилого возраста с этим заболеванием имеют высокий риск того, что у них разовьются осложнения воспалительного характера.
5. Пациенты с быстрой потерей веса, циклическим изменением веса и, как правило, у пациентов с повышенным риском осложнений
6. Пациенты с кальцифицированным 'фарфоровым' желчным пузырем, так как они имеют высокий риск образования рака

6. Литературные ссылки

1. Abdominal symptoms: Do they predict gallstones? A systematic review Berger-M-Y, Van-der-Velden-J-I-M, Lijmer-J-G, De-Kort-H, Pains-A, Bohnen-A-M, Scandinavian Journal of Gastroenterology 2000, 35/1 (70-76) [Pubmed-Medline](#).
2. Clinical manifestations of gallstone disease: Evidence from the Multicenter Italian Study on Cholelithiasis (MICOL) Festi-D, Sottili-S, Colecchia-A, Attili-A, Mazzella-G, Roda-E, Romano-F, Lalloni-L, Taroni-F, Barbara-L, Menotti-A, Ricci-G, Hepatology 1999, 30/4 (839-846) [Pubmed-Medline](#).
3. Abdominal symptoms and food intolerance related to gallstones Thijs-C, Knipschild-P Journal of Clinical Gastroenterology 1998, 27/3 (223-231) [Pubmed-Medline](#).
4. Dyspepsia- how noisy are gallstones ? A meta-analysis of epidemiologic studies of biliary pain, dyspeptic symptoms and food intolerance Kraag-N, Thijs-C, Knipschild-P. Scand J Gastroenterol, 1995:30 (411-421) [Pubmed-Medline](#).
5. Which abdominal symptoms are due to stones in the gallbladder Jørgensen T, Kay L, Hougaard Jensen K. Gastroenterology 1994;106:A342
6. Symptomatic and silent gall stones in the community Heaton-K-W, Braddon-F-E-M, Mountford-R-A, Hughes-A-O, Emmett-P-M. Gut 1991, 32/3 (316-320) [Pubmed-Medline](#).
7. Abdominal symptoms and gallstone disease: An epidemiological investigation, Jorgensen-T. Hepatology 1989, 9/6 (856-860) [Pubmed-Medline](#).
8. Correlation between gallstones and abdominal symptoms in a random population. Results from a screening study Glambek-I, Arnesjo-B, Soreide-O. Scandinavian Journal of Gastroenterology 1989, 24/3 (277-281) [Pubmed-Medline](#).
9. Prevalence of gallstone disease in an Italian adult female population. Rome Group for the Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO), Capocaccia-L, Giunchi-G, Pocchiari-F, et-al. American Journal of Epidemiology 1984, 119/5 (796-805). [Pubmed-Medline](#). links

7. Ссылки на использованные веб-сайты

[Society for Surgery of the Alimentary Tract](#)

Treatment of gallstone and gallbladder disease. Inc.. 1998 Jun 3 (revised 2000 Jan). 5 pages.

[Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons](#)

Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. 1990 (updated 1999). 3 pages.

[Optimed Medical Systems Clinical Development Group](#)

Cholecystectomy. 1989 (revised 2000). The software includes over 19 menus and requires user to spend 2-5 minutes depending on the clinical information.

[American College of Radiology](#)

ACR Appropriateness Criteria for evaluation of patients with acute right upper quadrant pain. 1996 (revised 1999). 5 pages.

[National Guidelines Clearing House](#)

At the NGC site type 'cholelithiasis' in the searchbox for an overview of all guidelines which mention this term.

Члены комитета практических руководств
[WGO-OMGE, которые оказали помощь в формулировке изложенных положений](#)

Prof. RN Allan	Allan, B15 2TH, Birmingham	Robert.Allan@university-b.wmids.nhs.uk
Prof. Franco Bazzoli	Bazzoli, 40138, Bologna	bazzoli@alma.unibo.it
Dr. Philip Bornman	Bornman, 7925, Cape Town	bornman@curie.uct.ac.za
Dr Ding-Shinn Chen	Chen, 10016, Taipei	gest@ha.mc.ntu.edu.tw
Dr. Henry Cohen	Cohen, 11600, Montevideo	hcohen@chasque.apc.org
Prof. A. Elewaut	Elewaut, 9000, Gent	andre.elewaut@rug.ac.be
Dr. Suliman S. Fedail	Fedail, Khartoum	fedail@hotmail.com
Prof. Michael Fried	Fried, 8091, Zürich	michael.fried@dim.usz.ch
Prof. Alfred Gangl	Gangl, 1090, Wien	alfred.gangl@univie.ac.at
Prof. Joseph E. Geenen	Geenen, 53215, Milwaukee	giconsults@aol.com
Dr. Saeed S. Hamid	Hamid, 74800, Karachi	saeed.hamid@aku.edu
Dr. Richard Hunt	Hunt, L8N 3Z5, Hamilton / Ontario	huntr@fhs.mcmaster.ca
Prof. Günter J. Krejs	Krejs, 8036, Graz	guenter.krejs@kfunigraz.ac.at
Prof. Shiu-Kum Lam	Lam, Hong Kong	mcwong@hkucc.hku.hk
Dr. Greger Lindberg	Lindberg, 14186, Huddinge //Stockholm	greger.lindberg@medhs.ki.se
Prof. Juan-R. Malagelada	Malagelada, 08035, Barcelona	malagelada@hg.vhebron.es
Prof. Peter Malfertheiner	Malfertheiner, 39120, Magdeburg	peter.malfertheiner@medizin.uni-magdeburg.de
Prof. Roque Saenz	Saenz, Las Condes Santiago de Chile	schgastr@netline.cl
Dr. Nobuhiro Sato	Sato, 113-8421, Tokyo	nsato@med.juntendo.ac.jp
Prof. Mahesh V. Shah	Shah, Nairobi	mv@wananchi.com
Dr. Patreek Sharma	Sharma, MO 64128, Kansas City	psharma@kumc.edu
Dr. Jose D. Sollano	Sollano, 1008, Manila	jsollano@metro.net.ph
Prof. Alan B.R. Thomson	Thomson, AB T6G 2C2, Edmonton	alan.thomson@ualberta.ca
Prof. Guido N. J. Tytgat	Tytgat, 1105 AZ, Amsterdam	g.n.tytgat@amc.uva.nl

Dr. Nimish Vakil	Vakil, 53233, Milwaukee , WI	nvakil2001us@yahoo.com
Dr. Hou Yu Liu	Yu Liu, 200032, Shanghai	hyliu@online.sh.cn

9. Вопросы читателей и обратная связь

ПРИГЛАШЕНИЕ К КОММЕНТИРОВАНИЮ

По сложившемуся обычаю Комитет по составлению практических руководств - Guidelines Committee приветствует любые комментарии и вопросы читателей. Вы считаете, что мы не обратили внимания на некоторые аспекты? Вы считаете, что некоторые методики слишком рискованны? Сообщите нам о вашем опыте. Нажмите расположенную ниже кнопку и дайте нам знать о вашем мнении. Вместе мы можем сделать Руководство лучше !