

Полипы желчного пузыря. Диагностика. Тактика ведения.



***Зиновьева Е.Н. главный врач клиники ЭКСПЕРТ, врач
гастроэнтеролог***

Варламова Н.Н. врач УЗД клиники ЭКСПЕРТ

- Термин «Полип» желчного пузыря – это любое образование в полости желчного пузыря, связанное с его стенкой.

Частота выявления полипа(ов) желчного пузыря:

- при скрининговом ультразвуковом исследовании органа – 0,3-9,5%;
- при постоперационном гистологическом исследовании (холецистэктомия) – 0,05-13,8%.

Гистологическая классификация полипов желчного пузыря (Bang S., 2009)

Доброкачественные :

- эпителиальные (папиллярная и непапиллярная аденома);
- соединительнотканые (гемангиома, липома, лейомиома, зернисто-клеточная опухоль);
- гиперплазия (аденоматоз, аденомиоматоз),
- гетеротопия (слизистой оболочки желудка, слизистой оболочки кишечника, поджелудочной железы, печени);
- воспалительные (в т.ч. фиброксантогрануломатозное воспаление);
- холестериновые (чаще множественные);
- паразитарные;
- смешанные и другие.

Злокачественные:

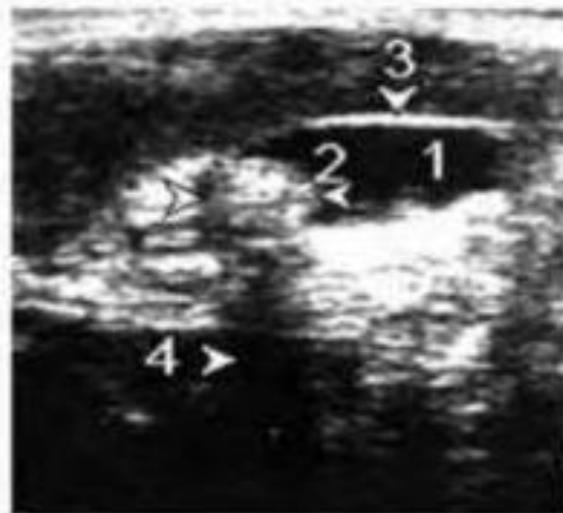
- аденокарцинома;
- смешанные формы (слизистые цистоаденомы, плоскоклеточный рак и аденоакантома).

- Распространенность аденокарциномы желчного пузыря варьирует в зависимости от групп риска.
- Среди лиц с высоким риском развития этого заболевания (например, жители Северной Индии) рак желчного пузыря встречается у 27 человек из 100 тыс. населения.
- У лиц из группы низкого риска аденокарцинома желчного пузыря встречается с частотой 1,5/100 тыс. населения.
- При обнаружении рака желчного пузыря на первой стадии 5-летняя выживаемость стремится к 100%, на второй – 57-72%.
- *Sheth S., Bedford A., Chopra S. Primary gallbladder cancer: recognition of risk factors and the role of prophylactic cholecystectomy. American Journal of Gastroenterology. 2019.– №95.– С.1402-1410.*
- 60% опухолей возникают в области дна желчного пузыря, 30% - в области тела и 10% - в шейке (ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России)

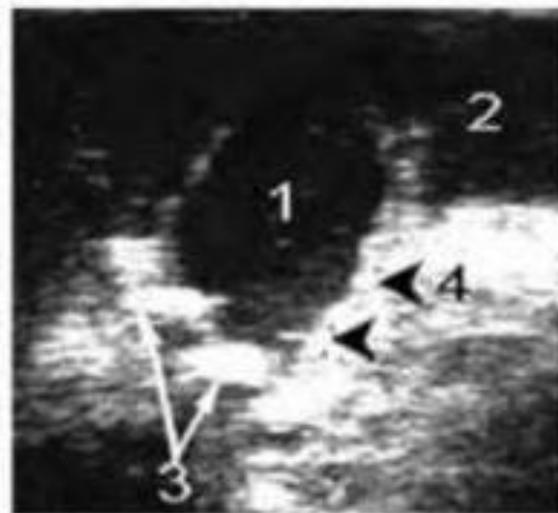
- Холестероз желчного пузыря (ХЖП) - обменное заболевание, характеризующееся диффузным или очаговым накоплением в его стенке липидов, преимущественно в виде свободного и эстерифицированного холестерина.
- Среди пациентов с заболеваниями желчного пузыря холестероз встречается приблизительно в 40% случаев.

Формы холестероза желчного пузыря

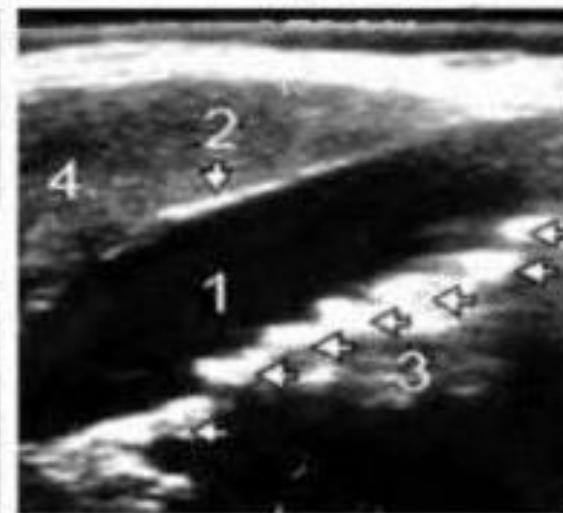
- сетчатая (около 70%);
- полипозная (около 9%);
- полипозно-сетчатая.



а



б



в

Сетчато-полипозная форма холестероза желчного пузыря (варианты): *а* - холестериновый полип (2) желчного пузыря (1), стенки неравномерно поражены холестериновыми отложениями (3); 4 - ультразвуковая тень от кальцифицированного полипа; *б* - сетчато-полипозная форма холестероза желчного пузыря (1); 2 - печень; 3 - полипы; 4 - холестериновые отложения на стенках в виде пластинок; *в* - 1 - желчный пузырь; 2 - холестериновые пластинки стенки пузыря; 3 (стрелки) - холестериновые полипы; 4 - печень

По распространенности:

- Очаговая (менее 5мм);
- тотальная.

**Дифференциальная диагностика сетчатой формы холестероза желчного пузыря
(адаптировано из Буторовой Л.И., 2012)**

Нозология	Основные клинические признаки	Основные признаки при УЗИ
Сетчатая форма холестероза желчного пузыря	Бессимптомное течение – 5%. Диспепсические жалобы – 30%. Болевой синдром – 25%. Сочетание болей и признаков диспепсии – 40%.	Множественные мелкие (до 1–4 мм) гиперэхогенные включения в толще стенки желчного пузыря. Они не смещаются, не дают акустическую тень. Возможно наличие эффекта реверберации («хвост кометы») позади наиболее крупных включений холестерина.
Хронический холецистит	Часто в анамнезе острый холецистит. Длительное прогрессирующее течение с обострениями, проявляющимися болевым и диспептическим синдромом. При обострении - лейкоцитоз, повышение СОЭ, гипербилирубинемия.	Увеличение или уменьшение желчного пузыря. Неоднородное и неравномерное утолщение стенки желчного пузыря (до 7-15 мм), иногда ее слоистость. Конкременты, эхогенная взвесь, замазкообразная желчь в полости желчного пузыря. Аномальное расположение и смещение к желчному пузырю петель кишки, повышение эхогенности ложа желчного пузыря.
Аденомиоматоз	Специфических клинических проявлений нет. Дифференцируется с хроническим холециститом, карциномой желчного пузыря.	Значительное утолщение стенки желчного пузыря с мелкими эхонегативными включениями (синусами), реже гиперэхогенными включениями.
Рак желчного пузыря	У 80% - камни желчного пузыря. Клинические признаки варьируются от боли в брюшной полости до необъяснимой потери веса и желтухи.	Неравномерное утолщение ($\geq 8-15$ мм) и неоднородная структура стенки желчного пузыря. При доплерографии - нарушение структуры сосудистого рисунка.

Классификация по ультразвуковым критериям холестероза желчного пузыря по В.Н.Демидову, Г.П.Сидоровой, 1987; von Doringen E., 1987; W.Wermke, 1992

Неравномерное утолщение, уплотнение стенки желчного пузыря. Сохранение очаговых изменений стенки желчного пузыря при снижении мощности работы аппарата до 8-10дБ		
Формы холестероза		
Полипозная	Сетчатая	
	Очаговая	Диффузная
Наличие в полости желчного пузыря экзогенных структур, расположенных пристеночно, не дающих акустической тени, либо имеющих дорожку пониженной эхогенности	Наличие эхопозитивных включений размером 1-3 мм в области проекции стенки желчного пузыря в условиях понижения режима работы аппарата	
	Протяженность эхо-позитивных включений < 0,5 см	Протяженность эхо-позитивных включений > 0,5-2,5 см

Многоуровневая классификация холестероза желчного пузыря (А.А.Ильченко, Ю.Н.Орлова, С.Г. Хомерики и др.) I

Многоуровневая классификация холестероза желчного пузыря

Форма, стадия	Комментарий
<i>I. Анатомический уровень</i>	
Бескаменный	Типичная форма
Сочетанный с холелитиазом	Холестериновые камни
<i>II. Макроскопический уровень</i>	
а) очаговая форма	
б) тотальная форма	
в) очаговая или тотальная, сочетанная с поражением внепеченочных протоков	Сочетание с внепузырными поражениями внепеченочных протоков
Сетчатая стадия	Наличие микрополипов при микроскопии
Сетчато-полипозная стадия	Наличие макрополипов
Наличие билиарного сладжа в полости желчного пузыря	Выявление билиарного сладжа при ультразвуковом исследовании

III. Микроскопический уровень

«Скрытая форма» (начальная стадия)

Незначительное количество пенистых клеток в собственной пластинке слизистой оболочки. Без клинической симптоматики, диагностируется аутопсийно при микроскопии

Сочетанные формы:

- с опухолью

Аденокарциномы и другие злокачественные или доброкачественные новообразования

- с аденоматозом

Чаще развивается в дне ЖП

- с липоматозом; - с фиброматозом; - с аденофибромиоматозом; - прочие сочетания (желудочная или кишечная метаплазия, эктопия СО желудка или поджелудочной железы)

Чаще развивается в шейечной области ЖП

Многоуровневая классификация холестероза желчного пузыря (А.А.Ильченко, Ю.Н.Орлова, С.Г. Хомерики и др.) III

IV. Функциональная характеристика (постпрандиальное опорожнение)

Повышенная функция (ИСЖП более 75%)	Определяется при изучении функции опорожнения желчного пузыря с пробным завтраком во время УЗИ
Нормальная функция (ИСЖП 50-75%)	
Сниженная функция (ИСЖП менее 50%)	
Отключенный пузырь	

Патогенез холестероза желчного пузыря

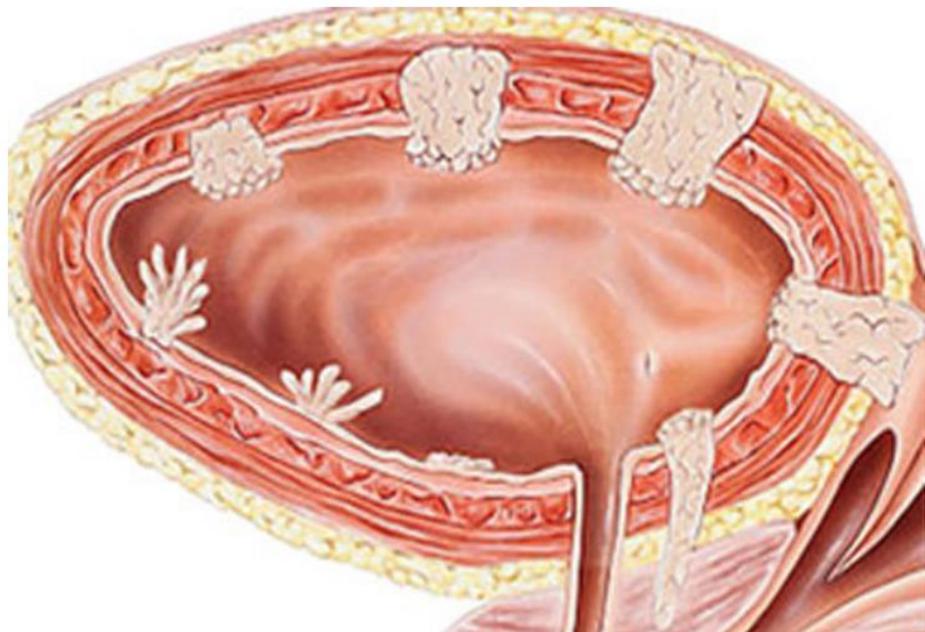
- **Нарушение липидного обмена (гиперхолестеринемия и повышение ЛПНП).**
- **Увеличение концентрации холестерина и/или изменение соотношения желчных кислот и холестерина в желчи.**
- **Увеличение всасывания желчных мицелл, включающих холестерин, эпителием слизистой оболочки желчного пузыря.**
- **Изменение концентрации и соотношения аполиipoproteинов сыворотки крови.**
- **Не исключается, что макрофаги подслизистого слоя стенки ЖП могут иметь иные дефекты, обуславливающие, с одной стороны, усиленное поступление липидов из перенасыщенной холестерином желчи, с другой – нарушение элиминации их из клетки.**
- **Нарушение сократительной функции желчного пузыря.**

Факторы риска злокачественности полипов

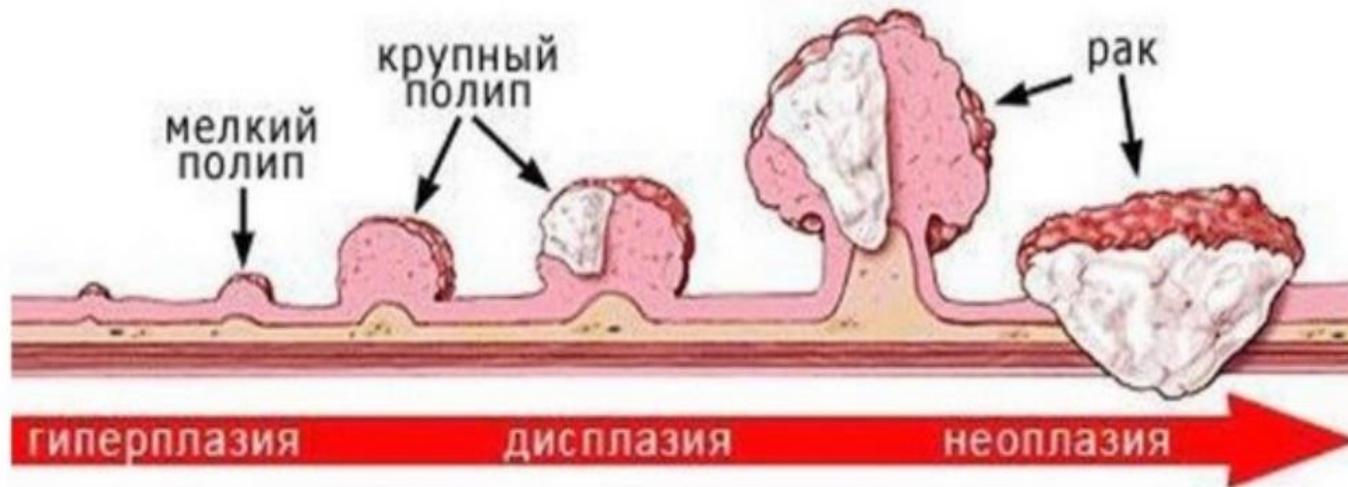
- возраст пациентов (старше 50 лет);
- полип на широком основании или на длинной тонкой ножке;
- одиночный характер полипа;
- размеры полипа больше 6-10 мм в диаметре;
- сочетание полипа с наличием камней в желчном пузыре;
- на фоне первичного склерозирующего холангита;
- отрицательная динамика по данным УЗИ.

При выявлении полиповидных образований желчного пузыря анализировали количество, размеры, форму, эхогенность, наличие или отсутствие акустической тени, структуру, контуры, ножку внутрипросветных образований органа. Целесообразно использовать стандартный протокол, который позволяет проводить ультразвуковой мониторинг пациентов с данной патологией:

Размер	___ / ___ / ___ (мм), от ___ до ___ мм
Количество	1, несколько ___ шт., множество
Форма	округлая, пальцевидная, неправильная
Эхогенность	низкая, средняя, высокая
Структура	однородная, неоднородная
Контур	ровный, неровный, бугристый
Акустическая тень	есть (незначительная, выраженная) / нет
Ножка	широкая, узкая, неопределенная
В пределах стенки	да / нет, оценка затруднена
Режим ЦДК	кровоток в полипе: есть / нет в ножке полипа: есть / нет



Истинные полипы желчного пузыря



Ультразвуковая семиотика
полиповидных образований желчного пузыря

Некоторые из принципов ультразвукового исследования желчевыводящей системы

- Проведение дифференциальной диагностики выявленных изменений
- Использование современных методов исследования при формировании заключения
- При недостаточной определенности выявленных изменений проведение динамического наблюдения
- Сопоставление результатов УЗИ и результатов хирургического лечения

Полипы желчного пузыря

• Разнородная группа внутрипросветных образований желчного пузыря, которая может быть представлена следующими состояниями:

75
%

- Холестероловые полипы (50-60%)
- Воспалительные полипы (5-10%)
- Аденома (<5%)
- Очаговый аденомиоматоз

25
%

- Аденокарцинома ЖП
- Метастазы (преимущественно, меланома)

доброкачественные

злокачественные

Холестериновые полипы

- Составляют половину всех полиповидных образований желчного пузыря (ЖП)
- Представляют собой очаговую форму холестероза желчного пузыря (распространенное **не неопластическое** заболевание желчного пузыря неизвестной этиологии)
- Холестероз является следствием накопления липидов в макрофагах
- Холестероловые полипы обычно имеют размеры **от 2 до 10 мм**
- В 20% случаев встречаются одиночные холестероловые полипы
- В большинстве случаев полипы **множественные**, среднее их количество - 8
- УЗ-характеристика: округлые или овоидные эхогенные образования без акустической тени, фиксированные у стенки желчного пузыря (ножка в большинстве случаев не визуализируется)
- В отличие от мелких конкрементов без акустической тени являются несмещаемыми при изменениях положения тела
- УЗ-контроль через 1-1,5 мес, далее через 3 мес, и далее через 6-9 мес

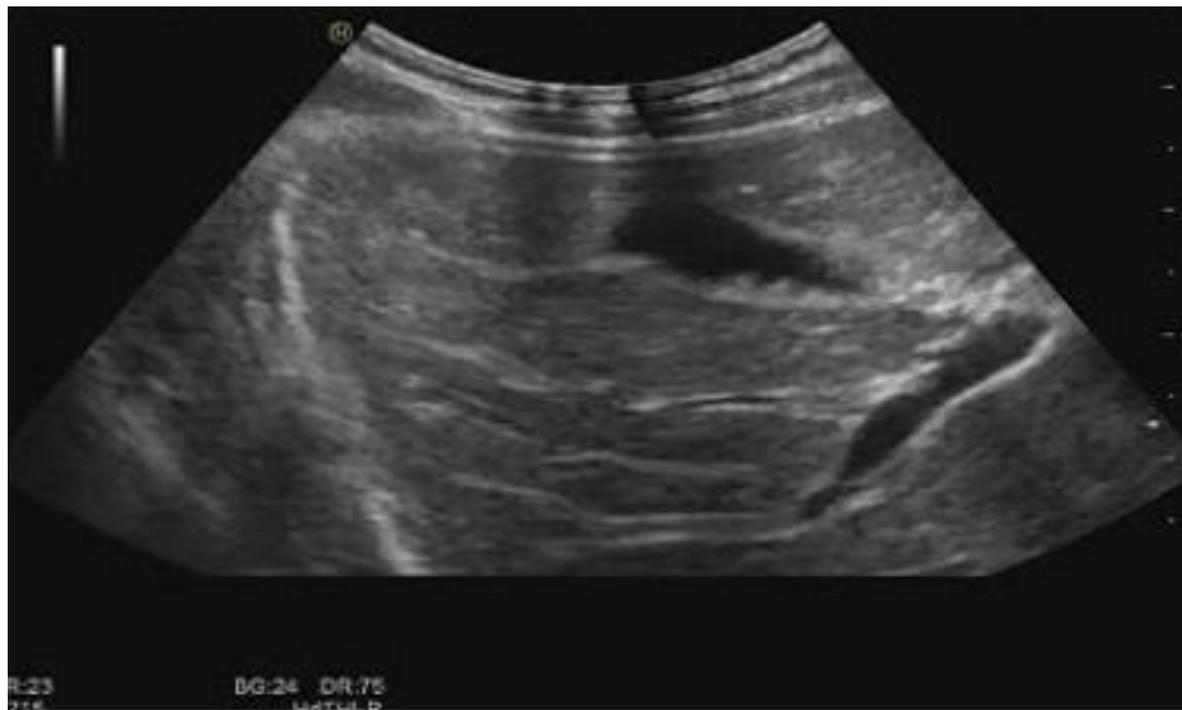
Холестериновые полипы

- Одиночный холестероловый полип (5,6 мм), фиксированный у дорзальной стенки желчного пузыря. Отсутствие акустической тени позволяет дифференцировать полип от конкремента. Отсутствие смещаемости при изменении положения тела позволяет сделать вывод о его фиксированном положении (в отличие от конкремента), несмотря на невозможность визуализации ножки полипа



Холестериновые полипы

- Два мелких (2,5 мм) холестероловых полипа у глубокой стенки желчного пузыря. Отсутствие дорзальной акустической тени позволяет дифференцировать от конкрементов. Отсутствие смещаемости при изменении положения тела позволяет сделать вывод о фиксированном положении (в отличии от смещаемых конкрементов)



Холестероз желчного пузыря (ХЖП)

- **Синонимы:** «земляничный», «малиновый», «крапчатый» ЖП, «холестериновый полипоз», холестероз, липоидоз желчного пузыря. Впервые термин предложен N.Mendez-Sanches в 1925 г. В.С.Савельев (1998) предложил болезни, патологически связанные с нарушением липидного обмена, объединить в понятие «липидный дистресс-синдром»: ХЖП, жировой гепатоз, липогенный панкреатит, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей и органов брюшной полости
- ХЖП - заболевание, характеризующееся
- нарушением обмена холестерина с преимущественным
- отложением его в стенку желчного пузыря.
- Основным резервуаром накопления липидов
- являются «пенистые клетки» слизистой желчного пузыря



Множественные мелкие
пристеночные полипы ЖП

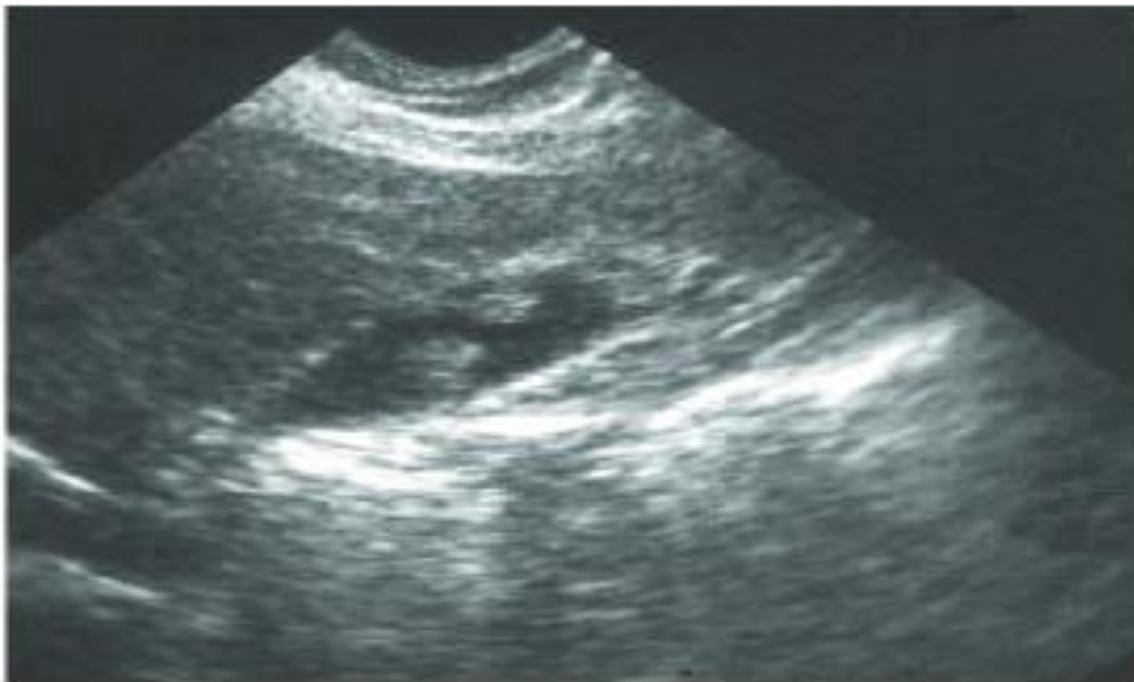
Воспалительные полипы

- Локальные полиповидные изменения стенки на фоне острого или хронического холецистита.
- Среди опухолевидных поражений желчного пузыря воспалительные полипы относительно редки, составляя от 1,4 до 12% полиповидных поражений желчного пузыря по недавно опубликованным данным.
- Было опубликовано очень мало описаний случаев воспалительных полипов желчного пузыря, поэтому типичные характеристики результатов визуализации не описаны точно.

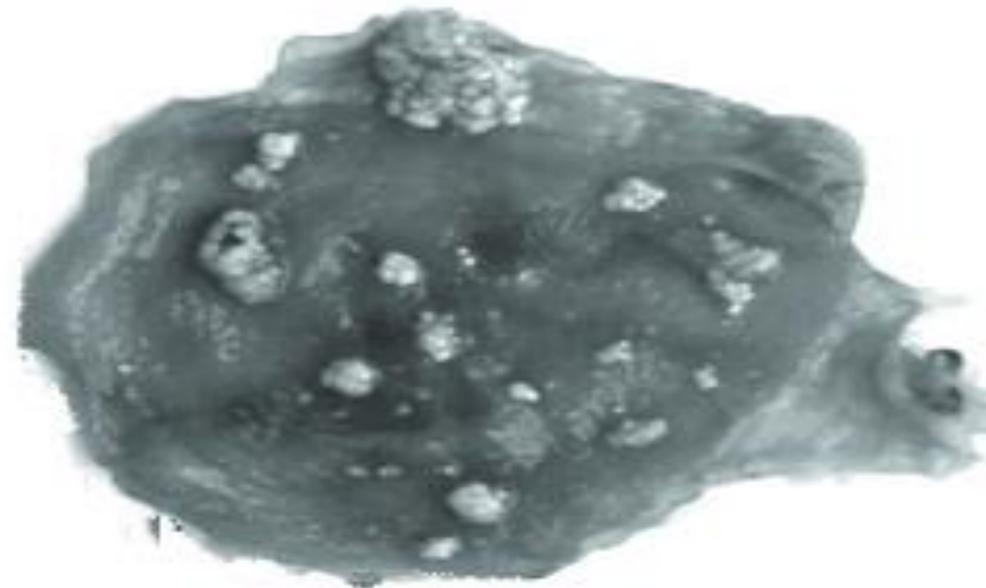


- a** Улучшенная компьютерная томография, показывающая заметное увеличение полипа на дне желчного пузыря.
- b** Интраоперационное УЗИ: грибовидный полип с гиперэхогенными пятнами на поверхности и внутренней эхопенической зоной.

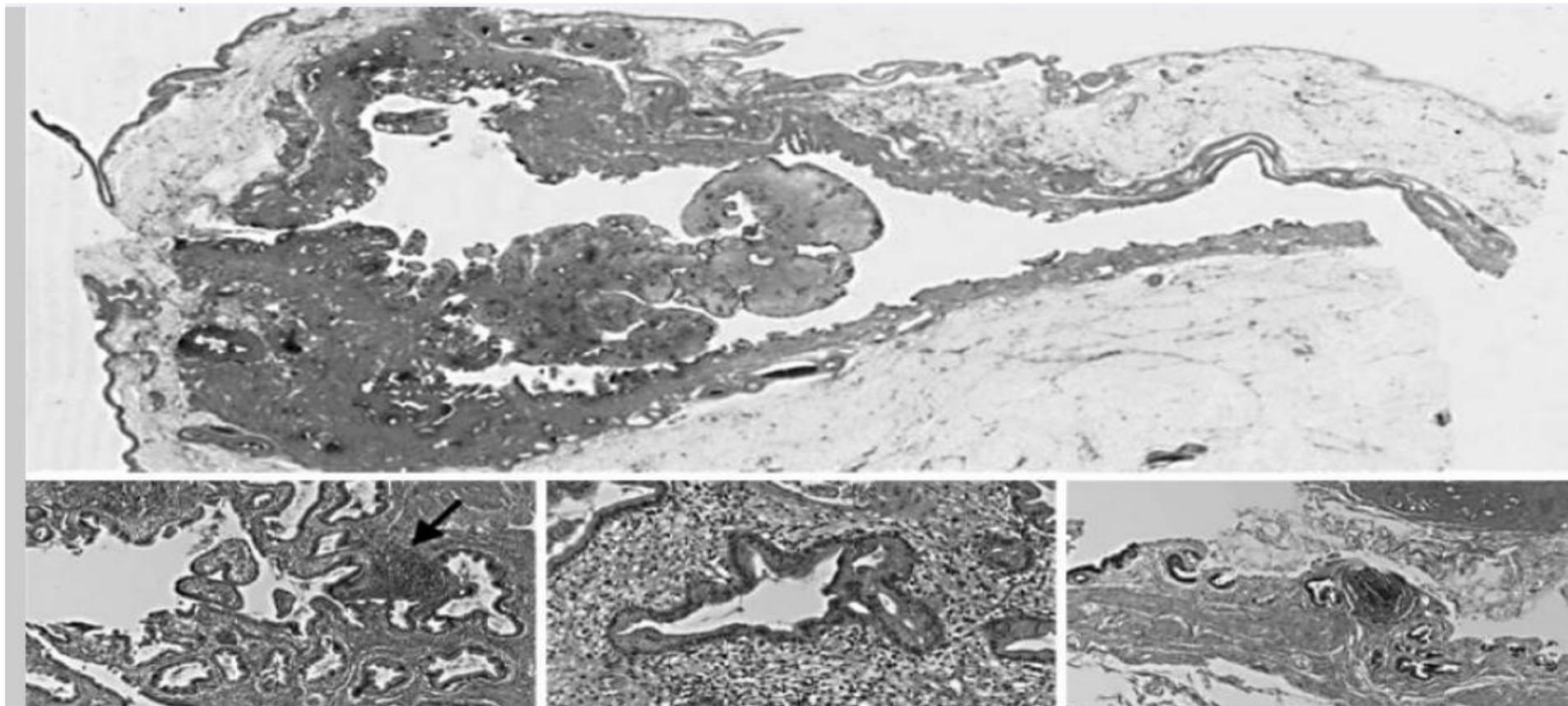
На удаленных образцах виден полип с гладкой поверхностью, верхние две трети его массы сжаты.



Множественные полипы
желчного пузыря размерами
от 2 до 16 мм



Результат
патогистологического исследо-
вания: холестериновые полипы
желчного пузыря



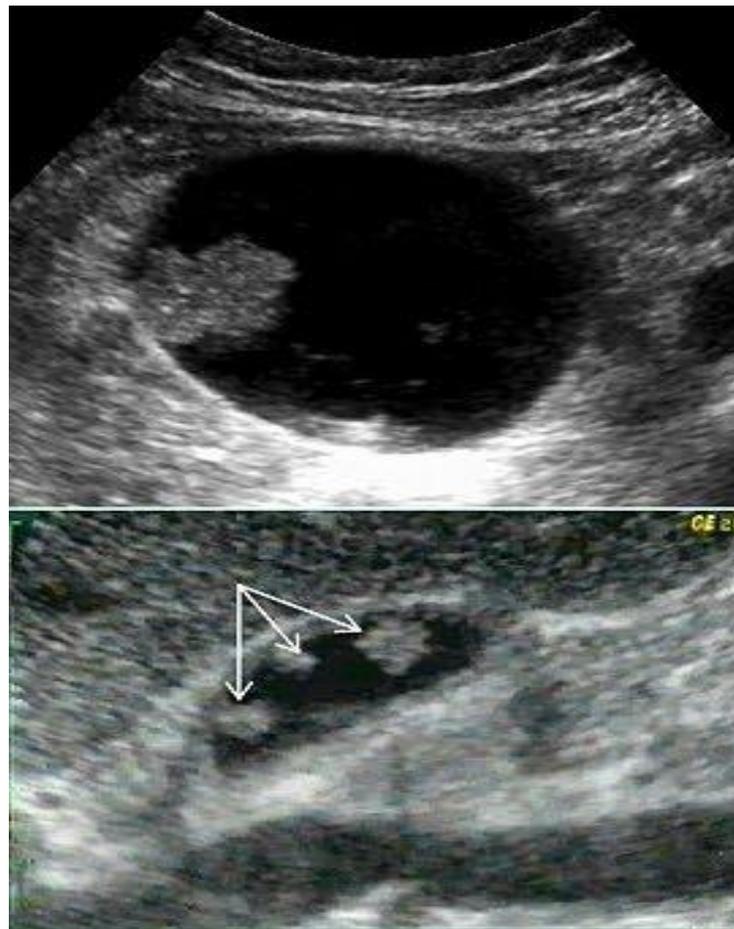
При гистологическом исследовании обнаружен неопухолевый полип с отеком стромы и инфильтрацией лимфоцитов и плазматических клеток с частичным образованием лимфатических фолликулов (стрелка). Поверхностный эпителий был сложным, обнаружена кишечная метаплазия. Присутствовал микроскопический интрамуральный камень.

Аденома желчного пузыря

- Истинная доброкачественная **неоплазия** желчного пузыря
- Потенциал озлокачествления значительно ниже, чем у аденомы толстой кишки
- Составляет менее 5% всех полиповидных образований желчного пузыря
- Чаще является **одиночным** образованием желчного пузыря (но не всегда!)
- Как правило, является полипом на ножке с **неровными контурами**
- УЗ-характеристика: однородное образование повышенной эхогенности
- Крупные аденомы (более 10 мм) имеют тенденцию к **неоднородности**, могут содержать фокусы злокачественной трансформации
- Утолщение стенки желчного пузыря, прилежащей к аденоме может расцениваться как признак малигнизации

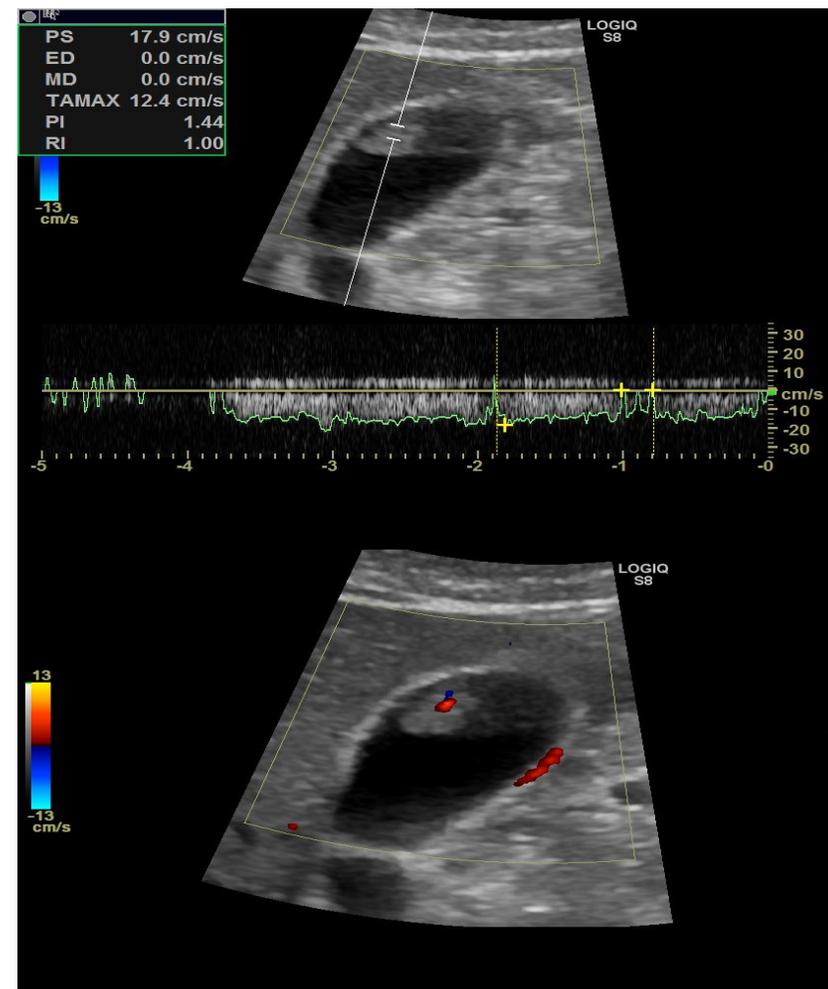
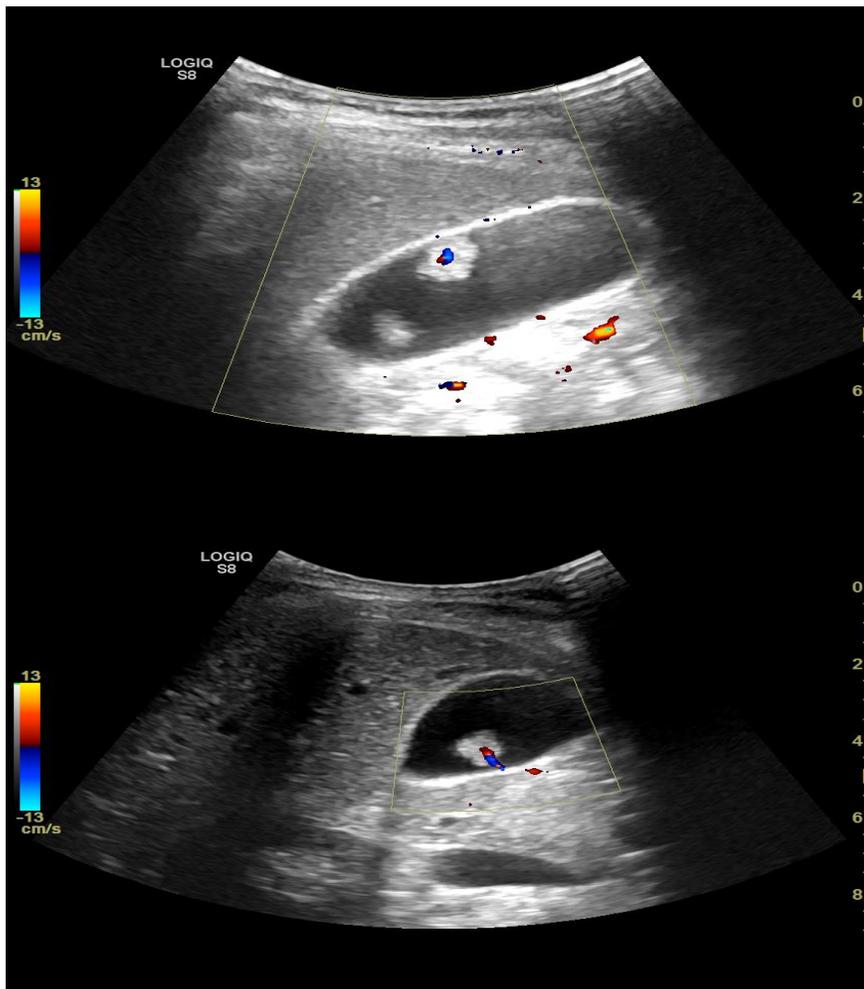
Аденома желчного пузыря

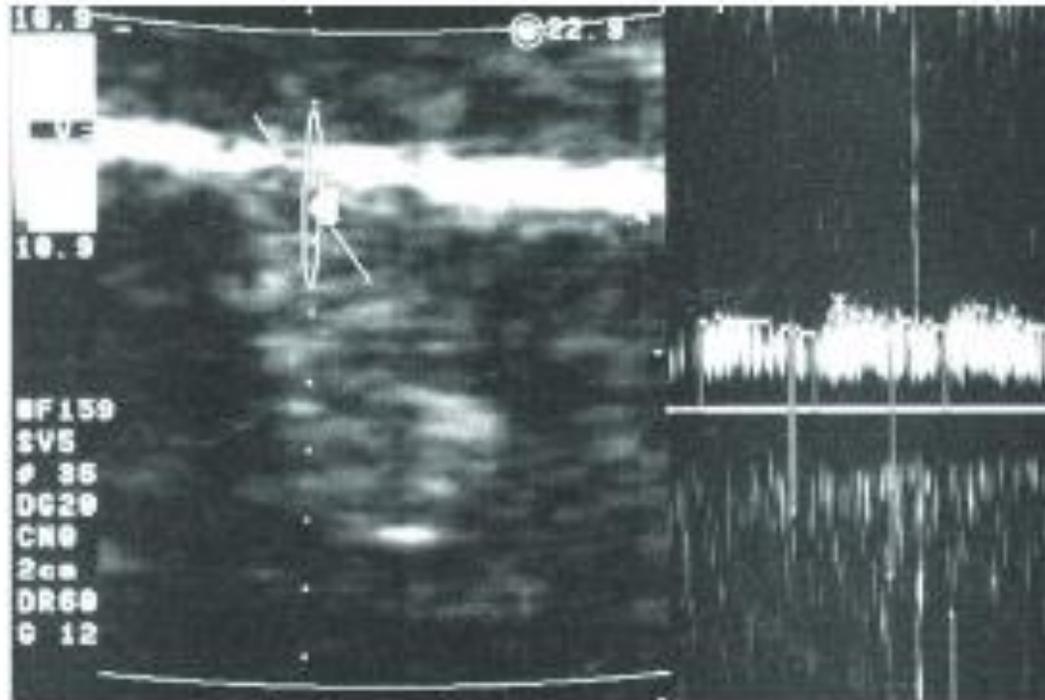
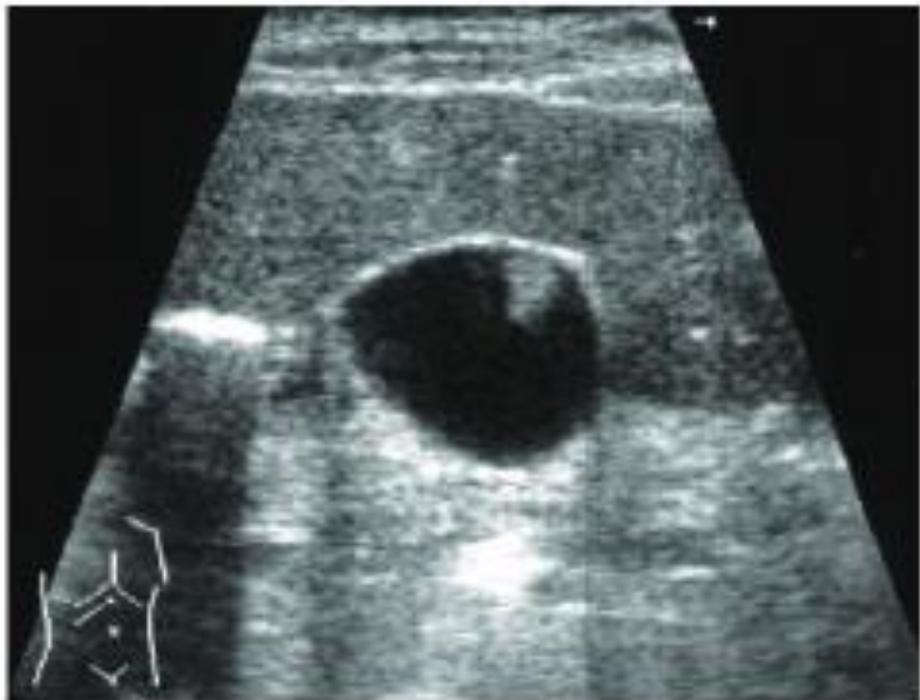
Поперечное изображение через желчный пузырь показывает полиповидное поражение, случайно обнаруженное у пациента с легким острым холециститом. Повреждение представляло собой тубуловиллезную аденому на резекции.



Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны
Автор: В. А. Иванов, В. И. Малярчук. 2004 г

Аденома желчного пузыря





Эхограмма -уз-признаки полипа желчного пузыря.

Сканирование в триплексном режиме определяется кровоток в ножке полипа.

Результат патогистологического исследования: тубулярная аденома желчного пузыря



Оценка кровотока полипа
(возможен эффект мерцания от конкремента, поэтому обязательно полипозиционное исследование)

Очаговый аденомиоматоз

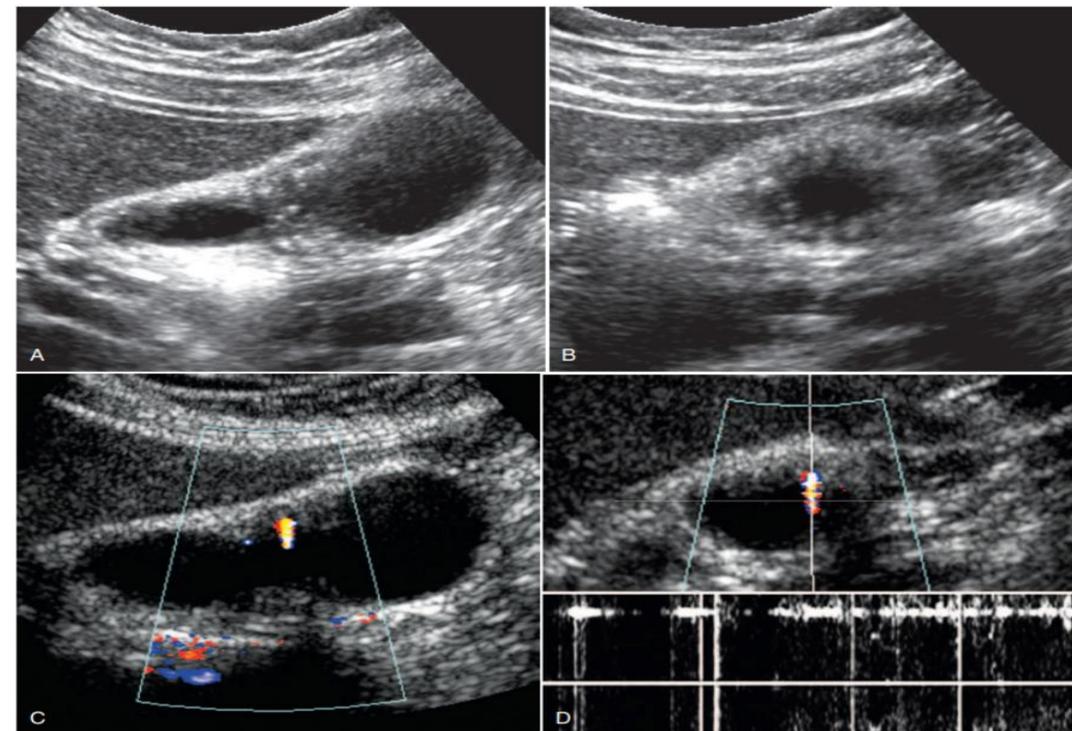
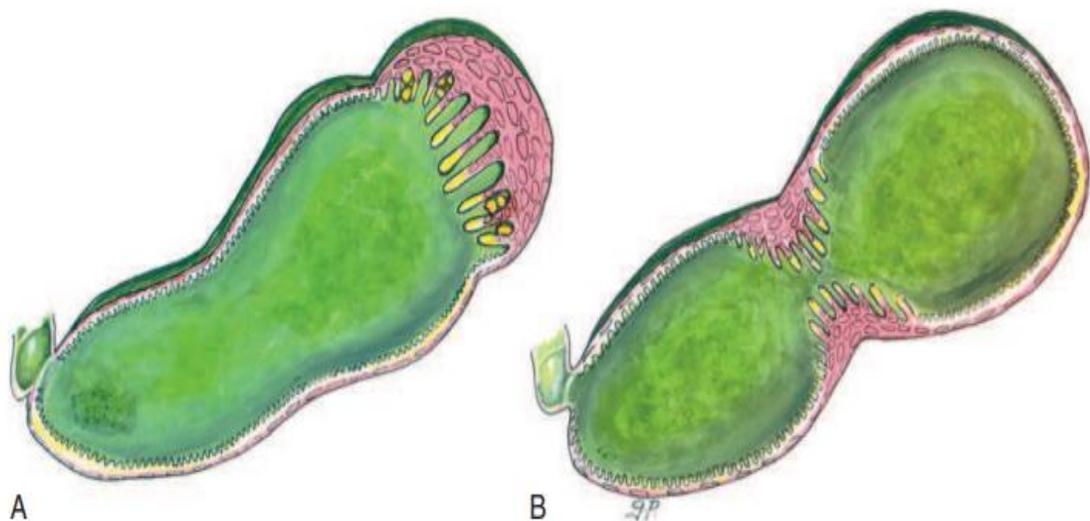


Является частным случаем аденоматозной гиперплазии стенки желчного пузыря

Артефакты «хвоста кометы» в поверхностной стенке желчного пузыря и позади полипа на глубокой стенке являются подтверждением очаговой формы аденомиоматоза

Аденомиоматоз

Доброкачественное состояние, вызванное утолщением стенки пузыря за счет инвагинации билиарного эпителия в мышечный слой (синусы Рокитанского-Ашоффа в сочетании с гладкомышечной пролиферацией). Пораженные участки представляют собой утолщение стенки пузыря с внутренними кистозными полостями.



(A) фундальный аденомиоматоз. (B) сегментарный аденомиоматоз по типу песочных часов. В обоих случаях обратите внимание на сокращенный контур желчного пузыря и утолщение стенки при гипертрофии гладкой мускулатуры. На сонографии синусы Рокитанского-Ашоффа могут проявляться как кистозные пространства или как эхогенные очаги с артефактом в виде хвоста кометы, возможно, вызванные кристаллами холестерина (изображены здесь желтые частицы) поселившиеся в них. В месте утолщения стенки обнаруживаются бесчисленные яркие эхогенные очаги с артефактом в виде хвоста кометы, свидетельствующие о кристаллах холестерина в пазухах Рокитанского-Ашоффа. Цветная и спектральная доплерография демонстрируют «мерцающий» артефакт без реальной васкуляризации, подтверждающий правильность диагноза.

Карцинома желчного пузыря

Образование, выполняющее ямку ЖП, облитерирующее просвет ЖП и инвазирующее окружающие органы



Очаговое или диффузное утолщение стенки ЖП

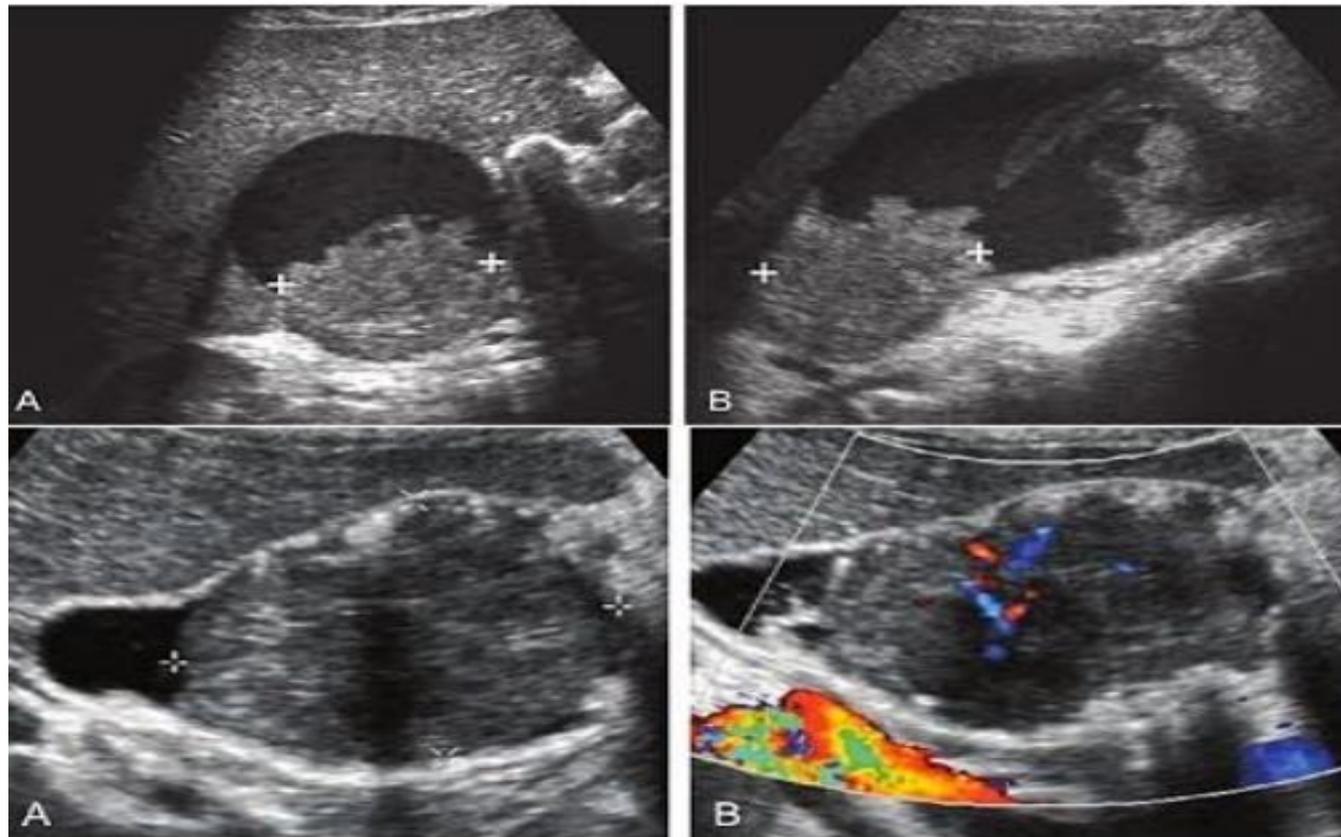


Внутрипросветное полиповидное образование



Метастазы в стенке желчного пузыря

- Могут иметь форму полиповидных образований
- Наиболее часто в стенке желчного пузыря определяются метастазы меланомы (в связи с этим необходимо с большим вниманием относиться к полипам желчного пузыря у пациентов с меланомой в анамнезе!)
- Опухоли других локализаций, часто метастазирующие в стенку желчного пузыря - рак легких, гепатоцеллюлярная карцинома, холангиокарцинома
- При обнаружении метастазов в брюшине, лимфатических узлах в воротах печени, в самой печени - необходимо тщательно исследовать желчный пузырь для исключения метастазов в его стенке!



УЗ ВЫВОДЫ

- 1. В структуре полиповидных образований желчного пузыря по распространенности первое место занимает полипозный холестероз.**
- 2. Несколько менее распространены гиперпластические полипы.**
- 3. Аденоматозные полипы и полиповидная форма рака желчного пузыря являются редкими заболеваниями.**
- 4. Основным методом диагностики полиповидных образований желчного пузыря является трансабдоминальное УЗИ, которое позволяет дифференцировать природу полиповидных образований с чувствительностью 72.2-82.7%.**
- 5. Динамическое наблюдение посредством повторных УЗИ позволяет контролировать размеры и рост полиповидных образований, что является достаточным для своевременного определения показаний к оперативному лечению.**
- 6. Аденоматозные полипы, имеющие размеры менее 10 мм на тонкой ножке и гиперпластические полипы при размерах менее 10 мм в отсутствие ЖКБ, а также полипозный холестероз не представляют угрозу малигнизации.**

Каков же алгоритм ведения пациентов с выявленными изменениями в желчном пузыре?





ЭКСПЕРТ Алгоритм ведения пациентов с полипами желчного пузыря (I)

КЛИНИКА

гастро-гепатоцентр

Полип желчного пузыря
- при УЗИ;
- при исключении псевдополипа.

≥ 10 мм

< 10 мм

Симптомы, связанные с
желчным пузырем

да

нет

Риски малигнизации:
> 50 лет; ПСХ; индийская этническая
принадлежность; «сидячий» полип (включая
локальное утолщение стенки > 4 мм)

да

нет

< 6 мм:
УЗИ динамика
1 – 3 – 5 лет

6-9 мм:
УЗИ динамика
6 мес – 1 – 2 – 3 – 4
– 5 лет

< 6 мм:
УЗИ динамика
6 мес – 1 – 2 – 3 – 4
– 5 лет

Повышен риск малигнизации.
Рекомендована ХЭ при отсутствии
противопоказаний и наличии комплаенса
(В случае нецелесообразности ХЭ –
наблюдение)

Полиповидные поражения желчного пузыря
могут быть признаками таких заболеваний как
холелитиаз или холецистит.
ХЭ может быть предложена, если нет других
причин заболевания и пациент подходит и
разделяет операцию
(В случае нецелесообразности ХЭ –
наблюдение)

6-9 мм:
Повышен риск малигнизации.
Рекомендована ХЭ при отсутствии
противопоказаний и наличии комплаенса
(Если хирургия не показана, наблюдение
по алгоритму с отсутствием рисков)

Алгоритм ведения пациентов с полипами желчного пузыря (II)

Если в период наблюдения за полипами выявляется:

- их рост на 2 мм и более, рекомендована ХЭ при отсутствии противопоказаний и согласия пациента;
- достижение 10 мм, рекомендована ХЭ при отсутствии противопоказаний и согласия пациента;
- отсутствие, рекомендовано прекращение наблюдения.

Полип желчного пузыря более 18 мм имеет высокую вероятность быть злокачественным, поэтому он должен быть удален открытой холецистэктомией, где возможна частичная резекция печени, и, по показаниям, регионарных лимфатических узлов (Gallahan W., Conway J., 2010).

Показания к холецистэктомии:

- количество полипов более двух;
- полипы, расположенные на широком основании (или на длинной ножке (Matos A., 2010));
- размер полипов более 10 мм;
- полипы, расположенные у шейки ЖП и в его протоке;
- сочетание полипов с конкрементами;
- рост полипа (увеличение как минимум на 2 мм в год);
- диффузный характер полипообразования с вовлечением всех стенок органов;
- патологические изменения стенки желчного пузыря
- наличие клинических проявлений заболевания, ухудшающих качество жизни больных;
- пациент в возрасте старше 50 лет;
- невозможно исключить злокачественный характер процесса.



Примечание. ССЖП – сократительная способность желчного пузыря, УЗ – ультразвук, ИСЖП – индекс сокращения желчного пузыря, УДХК – урсодезоксихолевая кислота, ПХЭС – постхолецистэктомический синдром.

Консервативная терапия ХЖП

- Чётко разработанных показаний для консервативного лечения при ХЖП нет.

Причины:

- трудность оценки с помощью УЗИ эффективности лечения при различных вариантах поражения стенки желчного пузыря, например, при сетчатой или полипозно-сетчатой форме ХЖП.
- не накоплено достаточного клинического опыта, свидетельствующего об эффективности консервативной терапии как при разных формах ХЖП, так и с использованием различных схем лечения.

Цель консервативного лечения при холестерозе желчного пузыря

- купирование клинической симптоматики;
- регресс или остановка прогрессирования патологического процесса в стенке желчного пузыря;
- ликвидация дисхолии;
- ликвидация вторичных дисфункций желчного пузыря и желчных путей;
- коррекция липидных нарушений;
- лечение сопутствующих заболеваний желчного пузыря (холецистит), поджелудочной железы (панкреатит) и тонкой кишки, особенно с локализацией патологического процесса в терминальном отделе.

Противопоказания к проведению консервативного лечения при ХЖП

- полипозная форма холестероза с множественными полипами и распространенным процессом, охватывающим все стенки желчного пузыря, особенно у лиц старше 60 лет;
- наличие полипов диаметром более 1 см;
- невозможность проведения дифференциального диагноза с целью исключения злокачественного поражения желчного пузыря;
- сниженная сократительная функция желчного пузыря (коэффициент опорожнения менее 30%)

Диетические рекомендации при холестерозе желчного пузыря.

- дробное питание с суточным содержанием белков 15-20%, жиров – 30%, углеводов – 50-55%.

Разрешаются:

- блюда из нежирных сортов мяса – курицы (отварное, без кожи), цыплят, телятины, мяса кролика; нежирные сорта колбасы (диетическая, докторская и др.), говяжьи сосиски и сардельки; нежирная морская и речная рыба – камбала, треска, судак, щука и др.;
- из молочных продуктов: молоко, кефир с низким содержанием жира, нежирный сыр и творог, простокваша;
- свежие и замороженные овощи и фрукты, зелёный горошек, кукуруза, фасоль, сушеные яблоки, курага, чернослив;
- хлеб из муки грубого помола или с добавлением отрубей, каши из овса, риса, гречки, геркулеса;
- из напитков: некрепкий чай, кофе, минеральная вода, фруктовые соки.

Запрещаются:

- ограничение сладостей, кондитерских изделий, мороженого;
- блюда из жирного и жареного мяса, свиное сало, сливочное масло, блюда из утки, гуся, паштеты, цельное и сгущенное молоко, сметана, жирные сорта сыра и колбасы, желток яиц, а также крепкий кофе.

Показания для консервативного лечения. За и против

- Основным показанием для применения консервативного лечения являются полипозные и полипозно-сетчатые формы ХЖП.
- Нет чёткой определённости в отношении отбора больных на консервативное лечение в зависимости от количества и размеров холестериновых полипов.
- По мнению одних авторов, количество холестериновых полипов не должно превышать 5, так как при этом условии имеется возможность более чётко контролировать динамику патологического процесса при УЗИ. Jones-Monahan K.S., Gruenberg J.C., Finger J.E. et al. Isolated small gallbladder polyps: an indication for cholecystectomy in symptomatic patients // Am. Surg. 2000 Aug; 66 (8): 716-9.
- Другие полагают, что количество полипов не имеет значения, так как эффективность и длительность консервативного лечения зависит только от размеров полипов. Звенигородская Л.А., Овсянникова О.Н., Фирсакова В.Ю. Лечение больных с гиперхолестеринемией и холестерозом желчного пузыря гипOLIпидемическими препаратами. Материалы 6-го Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург Гастро-2004». Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2004; 2-3. М50.
- Сформировалась точка зрения, что консервативному лечению могут быть подвергнуты больные, у которых размеры полипов не превышают 1 см. Более крупные полипы чаще имеют аденоматозную структуру и в связи с этим чаще малигнизируются.
- Наличие конкрементов в желчном пузыре, не зависимо от формы холестероза, не является противопоказанием к проведению консервативного лечения.

Показания для консервативного лечения. За и против.

- При отборе больных на консервативное лечение следует учитывать состояние сократительной функции желчного пузыря.
- Критерии отбора те же, что и при желчнокаменной болезни: коэффициент опорожнения желчного пузыря после желчегонного завтрака не должен быть менее 30%.

Тактика ведения при множественных полипах

- Следует с большой осторожностью определять показания к консервативному лечению при множественных полипах и распространённом процессе, охватывающем все стенки желчного пузыря.
- Это обусловлено не только сложностью оценки динамики патологического процесса на фоне лечения, но и большей возможностью сочетания с другими очаговыми поражениями стенки желчного пузыря, в том числе и с аденоматозными полипами, требующими оперативного лечения.

Медикаментозное лечение ХЖП

- Для купирования диспепсических расстройств необходимо применять препараты, нормализующие моторно-эвакуаторную функцию верхнего отдела пищеварительного тракта и желчных путей: прокинетики.
- При вздутии живота – метеоспазмил.
- Для купирования желчных колик и абдоминальной боли используют различные релаксанты гладкой мускулатуры – миотропные спазмолитики.
- Препараты желчных кислот при холестерозе желчного пузыря применяют в тех же дозах, что и для растворения холестериновых желчных камней: УДХК – 10 - 15 мг/кг массы тела.

Оценка эффективности терапии

- У больных с одиночными ХП частота полного растворения полипов статистически достоверно выше по сравнению с пациентами, имеющими множественные ХП.
- При наличии однородной желчи в желчном пузыре эффективность урсотерапии в сроки лечения до 1 года была наиболее высокой и составила 95,8% (полное растворение всех ХП установлено в 12,5%, части ХП – в 41,7%, уменьшение – в 41,7%; не получено эффекта – лишь в 4,2% случаев).
- При наличии неоднородной желчи и взвеси микролитов она составила 80%;
- сгустков или густой неоднородной желчи – 54,2%;
- замазкообразной желчи – была минимальной и не превышала 37,5%.
- Частота растворения ХП возрастает при увеличении сроков лечения и достигает максимальной величины после 10-12 мес лечения

**Спасибо
за
внимание!**

