

20. Не удаляйте желчный пузырь профилактически только потому, что на обследовании нашли камни в желчном пузыре, если боли никогда не было

Выгодность исходной версии: высокая

Доказательность A · исходная версия

для жизни

бесплатно

мимоходом

без силы воли

Не зависит от страны

Спорно

Оценки выше относятся к исходной версии; отдельная оценка российского варианта не проводилась.

Простыми словами

У людей, у которых в желчном пузыре есть камни, но боли никогда не было, примерно в восьми случаях из десяти симптомы не появлялись на протяжении почти девяти лет. Если ничего не делать, такие острые состояния, как холецистит и панкреатит, ежегодно возникают примерно у одного–трех человек из тысячи. Удаление желчного пузыря тоже не лишено риска: примерно у 1.5% людей повреждаются желчные протоки. Поэтому и европейские, и британские рекомендации говорят: если симптомов нет, пока не удалять.

Затраты

Денег не потратите, а еще избежите одной операции под общим наркозом и одной госпитализации. Взамен нужно запомнить, при каких признаках надо сразу ехать в больницу.

Выгода

В итальянском популяционном исследовании MICOL сделали УЗИ 11229 людям в возрасте от 29 до 69 лет. У 856 обнаружили желчные камни, у 580 из них симптомов не было. Средний срок наблюдения составил 8.7 года. Из этих 580 человек у 453 (78.1%) симптомы так и не появились, у 61 (10.5%) появились легкие симптомы, у 66 (11.4%) — тяжелые. За время наблюдения всего провели 189 операций по удалению желчного пузыря, причем 41.3% из них — людям без симптомов. Авторы заключили, что «выжидательная тактика остается

эффективным подходом для большинства пациентов». Выжидательная тактика означает сначала наблюдать, не делать операцию. Одна американская НМО тоже проводила наблюдение. НМО — это организация управляемой медицинской помощи. За 691 человеком с подтвержденными желчными камнями наблюдали в среднем 78 ± 61.6 месяца. Среди них за 135 людьми без симптомов наблюдали 58 ± 50.2 месяца (медиана — 46.3 месяца). Только у 10% появились симптомы желчнокаменной болезни, 7% сделали операцию. Из 50 смертей во всей группе только 2 были связаны с желчными путями, причем обе — в группе с симптомами. Авторы заключили, что «пациентам с молчащими камнями не нужна операция до появления симптомов». Молчащие камни — это камни, которые не дают о себе знать и не вызывают приступов. В пункте 1.2.1 британских рекомендаций NICE CG188 написано так: «Людам со случайно обнаруженными бессимптомными камнями в желчном пузыре, если сам желчный пузырь и желчные пути нормальны, следует сообщить, что до появления симптомов лечение не требуется». В рекомендациях Европейской ассоциации по изучению печени по желчнокаменной болезни за 2016 год риски обеих сторон приведены вместе. У людей без симптомов они ежегодно появляются примерно в 0.7%–2.5% случаев. Острый холецистит, острый панкреатит, механическая желтуха (желчные пути закупорены, человек желтеет) или холангит возникают у 0.1%–0.3% в год. Только после первого приступа колики риск осложнений повышается до 1%–3% в год. Поэтому у большинства людей перед серьезной проблемой сначала бывает приступ боли. Что касается операции, среди 51041 случая удаления желчного пузыря в общенациональном регистре Швеции в 1.5% были повреждены желчные протоки. Примерно в одной пятой этих случаев (0.3%) желчный проток был частично или полностью пересечен. Смертность в течение года у людей с повреждением желчных протоков составила 3.9%, без повреждения — 1.1%. В рекомендациях также написано, что после удаления у 10%–40% пациентов неприятные ощущения сохраняются либо возвращаются после временного улучшения. Вывод рекомендаций: у людей без симптомов операция, будь то открытая или лапароскопическая, не продлевает жизнь, потому что риск смерти и осложнений от самой операции превышает риск отказа от удаления. Если дождаться симптомов и заняться лечением тогда, общие расходы тоже будут ниже. В одном расчете 1983 года приводились конкретные цифры: у мужчин 30 лет профилактическое удаление сокращало жизнь в среднем на 4 дня по сравнению с первоначальным наблюдением, в 50 лет — на 18 дней. До сих пор ни одно исследование со случайным распределением по группам не сравнивало удаление с отказом от него. Профилактическое удаление кажется выгодным из-за

интуитивного рассуждения: «Рано или поздно все равно заболит, лучше удалить сразу, пока молодой»

Примечания

Спорно: В китайском экспертном консенсусе по хирургии желчных путей версии 2021 года часть случаев бессимптомных камней в желчном пузыре включена в показания к операции. В статье с разбором, опубликованной в том же журнале, прямо сказано, что здесь находится один из главных предметов спора. Для доступа к полному тексту консенсуса нужна подписка, поэтому проверить по оригиналу, о каких именно ситуациях идет речь, не удалось (TODO: требуется проверка). Еще один довод против — мелкие камни: камни размером не более 5 миллиметров сильнее связаны с панкреатитом. Один расчет из Нидерландов показал, что у таких людей профилактическое удаление может как продлить, так и сократить жизнь — в зависимости от того, насколько часто возникает панкреатит и насколько он смертелен. Европейские рекомендации тоже перечисляют исключения: кальцификация стенки желчного пузыря (фарфоровый желчный пузырь) и наличие одновременно полипа желчного пузыря размером более 1 сантиметра. В этих двух случаях пузырь следует удалить. Если предстоит другая большая операция на органах брюшной полости, можно рассмотреть удаление заодно. Этот пункт касается только одной ситуации: камни находятся в желчном пузыре, а боли никогда не было. **Камни в общем желчном протоке — другое дело.** В пункте 1.3.1 тех же рекомендаций прямо написано: при камнях в общем желчном протоке, независимо от наличия симптомов, нужно убрать камни из протока и удалить желчный пузырь. При следующих признаках нужно ехать в больницу в тот же день, а не терпеть, прикрываясь этим выводом: непрекращающаяся схваткообразная боль справа вверху живота или в верхней части живота, повышенная температура с ознобом, пожелтение белков глаз или кожи, потемнение мочи. Если врач после просмотра снимков рекомендует операцию, уточните, на каком основании: например, затронуты желчные протоки, одновременно есть полипы или изменения стенки желчного пузыря. Не используйте этот вывод, чтобы ему возражать. Он направлен только против подхода «никаких других оснований нет, удаляем просто потому, что обнаружили камни». Оба приведенных выше исследования наблюдали за группой людей с течением времени, без разделения на группы для сравнения. Но они отвечают на вопрос «что будет, если ничего не делать», а не «какое лечение лучше», поэтому здесь подходят. Кроме того, срок наблюдения в этих двух исследованиях

составлял от 4 до 9 лет. При более длительном наблюдении доля людей с симптомами будет расти

Источники

Источники исходной версии

1. Festi D, Reggiani ML, Attili AF, et al. (2010). Natural history of gallstone disease: Expectant management or active treatment? Results from a population-based cohort study. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 25(4), 719-724. doi.org/10.1111/j.1440-1746.2009.06146.x
2. McSherry CK, Ferstenberg H, Calhoun WF, Lahman E, Virshup M (1985). The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *Annals of Surgery*, 202(1), 59-63. doi.org/10.1097/00000658-198507000-00009
3. National Institute for Health and Care Excellence (2014). Gallstone disease: diagnosis and management. NICE guideline CG188, 第 1.2.1、1.3.1 条.
www.nice.org.uk/guidance/cg188/chapter/Recommendations
4. European Association for the Study of the Liver (2016). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *Journal of Hepatology*, 65(1), 146-181. doi.org/10.1016/j.jhep.2016.03.005
5. Törnqvist B, Strömberg C, Persson G, Nilsson M (2012). Effect of intended intraoperative cholangiography and early detection of bile duct injury on survival after cholecystectomy: population based cohort study. *BMJ*, 345, e6457. doi.org/10.1136/bmj.e6457
6. Ransohoff DF, Gracie WA, Wolfenson LB, Neuhauser D (1983). Prophylactic cholecystectomy or expectant management for silent gallstones. A decision analysis to assess survival. *Annals of Internal Medicine*, 99(2), 199-204. doi.org/10.7326/0003-4819-99-2-199
7. Gurusamy KS, Samraj K (2007). Cholecystectomy versus no cholecystectomy in patients with silent gallstones. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006230. doi.org/10.1002/14651858.CD006230.pub2
8. 反方: Venneman NG, Buskens E, Besselink MG, et al. (2005). Small gallstones are associated with increased risk of acute pancreatitis: potential benefits of prophylactic cholecystectomy? *American Journal of Gastroenterology*, 100(11), 2540-2550. doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.00317.x
9. 中华医学会外科学分会胆道外科学组, 中国医师协会外科医师分会胆道外科医师委员会 (2022). 胆囊良性疾病外科治疗的专家共识 (2021版). *中华外科杂志*, 60(1), 4-9. doi.org/10.3760/cma.j.cn112139-20210811-00373 (全文需订阅, 未取得)
10. 同上 (2022). 《胆囊良性疾病外科治疗的专家共识 (2021版) 》解读. *中华外科杂志*, 60(4), 337-342. doi.org/10.3760/cma.j.cn112139-20220119-00031