

А.А. Ильченко, Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

## Диагностика билиарных дисфункций в условиях поликлиники и их коррекция

### Клиническое значение функциональных нарушений билиарного тракта

С клинической точки зрения билиарные дисфункции (БД) представляют особый интерес, так как несвоевременная диагностика или неадекватная их коррекция приводят к формированию и прогрессированию целого ряда заболеваний органического характера. Так, например, с.Одди регулирует поступление желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, препятствует забросу кишечного содержимого в общий желчный и панкреатический протоки. С помощью этого сфинктера в билиарной системе поддерживается давление, необходимое для заполнения желчного пузыря. При недостаточности с.Одди создаются условия для формирования воспалительного процесса в желчных путях, что, в конечном итоге, может потребовать применения оперативного лечения.

БД являются одним из обязательных факторов, участвующих в формировании билиарного литогенеза, особенно на его начальных стадиях. Поэтому выявление билиарного сладжа в желчном пузыре является одним из косвенных признаков наличия функциональных нарушений билиарного тракта.

Учитывая тот факт, что процесс желчеобразования идет непрерывно (суточный дебит желчи в среднем составляет 500–1200 мл), а поступление желчи в двенадцатиперстную кишку происходит лишь в период приема пищи, становится очевидным важность скоординированных действий желчного пузыря, выполняющего резервуарную функцию, и сфинктерного аппарата желчных путей, обеспечивающих своевременное и в необходимом количестве поступление желчи в кишечник.

Нарушение скоординированной работы желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей может сопровождаться изменением нормальных потоков желчи внутри билиарного тракта. Дисфункция с.Одди и билиарно-панкреатические рефлюксы лежат в основе развития билиарного панкреатита, а панкреато-билиарного рефлюкса — ферментативного холецистита, а по последним данным и рака желчного пузыря.

Дискоординация в работе желчного пузыря и сфинктерного аппарата билиарного тракта (САБТ) являются одной из причин формирования билиарной недостаточности, так как нарушение желчеоттока, обусловленное функциональными нарушениями билиарного тракта (ФНБТ), приводит к несвоевременному и в недостаточном количестве поступлению желчи в двенадцатиперстную кишку.

Учитывая физиологическое значение желчи, главным из которых является ее участие в липолизе, недостаточное поступление желчи приводит к нарушению процессов пищеварения. Кроме того, желчь обладает мощными бактерицидными свойствами, поэтому внешнесекреторная недостаточность печени в сочетании с дисфункцией с.Одди может способствовать развитию синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке, что также усугубляет процессы пищеварения.

В связи с этим ранняя диагностика и адекватная терапия ФНБТ являются важной клинической задачей для врача поликлиники.

### Клиника

Функциональные нарушения желчного пузыря и САБТ характеризуются спонтанностью и разнообразием клинических проявлений, длительностью течения, сложностью диагностики, что в конечном итоге обуславливает высокую обращаемость больных за медицинской помощью. В то же время длительный и безрезультативный поиск соматического или неврологического заболевания, способствует формированию ипохондрии, депрессивных расстройств, усугубляют плохое самочувствие больного. Поздняя диагностика и неадекватная терапия могут значительно ухудшать качество жизни таких больных, формируют у пациентов устойчивое мнение о наличии тяжелой и неизлечимой болезни, вынуждают больных длительно соблюдать диету.

Длительно существующий болевой синдром, систематически приносящий страдания больному может стать причиной возникновения депрессивных расстройств. Присоединяющаяся к боли депрессия ухудшает переносимость боли, усиливает ее и является одним из факторов, способствующих ее хронизации. Это, с одной стороны, обуславливает широкое распространение ФНБТ, а с другой стороны, является причиной полиморфизма клинической симптоматики, затрудняющей проведение дифференциальной диагностики.

БД встречаются в основном у женщин, преимущественно молодого возраста, пониженного питания, астенического телосложения, с эмоционально лабильной психикой.

Клиническая симптоматика складывается из местных и общих симптомов. Общее состояние больных, как правило, не страдает. Однако следует отметить, что ФНБТ часто протекают на фоне измененного неврологического или психического статуса. У таких пациентов часто выявляют, так называемые, соматовегетативные

расстройства, неврозы, депрессии. Больные жалуются на головную боль, раздражительность, плохой сон, слабость.

Учитывая тот факт, что в 85–90% БД носят вторичный характер, **важное значение приобретает тщательный сбор анамнеза**, который часто позволяет понять причину возникновения билиарных дисфункций.

БД являются частыми спутниками заболеваний гепатобилиарной системы (гепатиты и циррозы печени, острый и хронический холецистит, холестероз желчного пузыря, холелитиаз, холангит, аномалии развития и расположения желчного пузыря и желчных протоков). Различные инфекции и паразитарные инвазии (вирусы гепатита А и В, лямблии, описторхии), воздействуя непосредственно на нервно-мышечный аппарат или за счет интоксикации могут нарушать моторную функцию желчного пузыря и САБТ.

Нередко функциональные нарушения желчного пузыря и желчных путей выявляются на фоне других заболеваний органов пищеварения (хронический гастрит, дуоденит, хронический панкреатит, синдром раздраженного кишечника). Установлена взаимосвязь между морфологическими изменениями в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны, цитоархитектоникой I-клеток, продуцирующих холецистокинин, обсемененностью *Helicobacter pylori* и состоянием моторики желчного пузыря у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Для большинства больных, перенесших холецистэктомию, характерна дисфункция с.Одди в виде повышения его тонуса. Это способствует развитию билиарной гипертензии, косвенным признаком которой является расширение холедоха, иногда обозначаемое как «опузыривание» общего желчного протока.

После ваготомии в первые шесть месяцев отмечается выраженная гипотония желчных путей, желчного пузыря и с.Одди. Резекция желудка с исключением из акта пищеварения части желудка и двенадцатиперстной кишки вызывает секреторные и моторно-эвакуаторные нарушения вследствие снижения продукции гормонов, в том числе холецистокинина, мотилина. Возникшие при этом функциональные нарушения носят постоянный характер и при наличии литогенной желчи способствуют быстрому формированию желчных камней.

БД часто является одним из проявлений сочетанных рефлюксных нарушений верхнего отдела пищеварительного тракта. У таких пациентов выявляется дуоденальная гипертензия, являющаяся причиной дуодено-билиарных рефлюксов и дуодено-гастральных рефлюксов. Контаминация билиарного дерева, как правило, сопровождается яркими клиническими проявлениями, лейкоцитозом, ускорением СОЭ. Гипомоторная дисфункция двенадцатиперстной кишки с формированием дуоденостаза сопровождается снижением уровня гастроинтестинальных гормонов, включая и холецистокинин, что усугубляет течение заболевания.

В развитии моторных нарушений желчного пузыря и САЖП существенную роль играют гормональные дисфункции со стороны щитовидной железы, надпочечников и других эндокринных желез. У больных сахарным диабетом развивается вторичная гипотония желчного

пузыря, обозначаемая как синдром диабетического нейрогенного желчного пузыря. Развитие дисфункции желчного пузыря связано с диабетической нейропатией, а также непосредственным влиянием гипергликемии на моторику желчного пузыря. Повышение уровня прогестерона также влияет на чувствительность желчного пузыря и САЖП к холецистокинину. Этот факт в определенной мере объясняет преобладание лиц женского пола среди пациентов с билиарной патологией и дисфункциями билиарного тракта, в частности.

Вторичные дисфункции билиарного тракта могут наблюдаться также при диэнцефальных расстройствах, правостороннем нефроптозе, лечении гормональных нарушений с применением соматостатина, предменструальном и климактерическом синдроме, беременности, ожирении, системных заболеваниях, нарушении кальциевого обмена и др.

Клинические проявления, обусловленные непосредственно ФНБТ, зависят от их характера и преимущественной локализации. Однако следует отметить, что первичные дисфункции билиарного тракта могут протекать с невыраженной симптоматикой, а вторичные дисфункции желчного пузыря или с.Одди обычно имеют клинику основного заболевания.

## Дисфункции желчного пузыря

Клиническая симптоматика дисфункций желчного пузыря определяется характером моторных нарушений и проявляется в виде различной степени выраженности болевого синдрома. Боли, как правило, связаны с приемом пищи и появляются на высоте пищеварения и обусловлены нарушением опорожнения желчного пузыря. Однако в отдельных случаях они могут появляться и в межпищеварительный период в связи с нарушением его заполнения.

### Дисфункция желчного пузыря по гиперкинетическому типу

Возникает чаще на фоне стрессовых ситуаций, хронических психо-эмоциональных перегрузок, погрешностей в диете (острые, жирные, жареные блюда), крепких напитков (чай, кофе), а также у курильщиков табака.

При гиперкинетической форме дисфункции желчного пузыря в правом подреберье периодически появляются коликоподобные боли с иррадиацией в спину, под правую лопатку, правое плечо, реже в область эпигастрия, сердца, усиливаются при глубоком вдохе. Боли носят кратковременный характер и возникают обычно сразу после погрешности в диете, приема холодных напитков, физической нагрузки, стрессовой ситуации, иногда ночью. В ряде случаев причину появления болей установить не удается.

Из общих симптомов можно отметить эмоциональную лабильность, раздражительность, повышенную утомляемость, потливость, головные боли, нарушение сна, тахикардию и другие симптомы невротического характера. Иногда отмечается кратковременное покраснение кожных покровов лица, шеи. Характерен стойкий красный дермографизм. Температура тела не повышается.

При поверхностной пальпации на высоте приступа отмечается небольшая болезненность в правом подре-

берье, при глубокой пальпации – выраженная болезненность в проекции желчного пузыря. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень не увеличена. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси отрицательные.

Боли купируются самостоятельно или исчезают, как правило, после однократного приема спазмолитиков, седативных средств.

### Дисфункция желчного пузыря по гипокинетическому типу

Причинами первичной дисфункции желчного пузыря по гипокинетическому типу являются: снижение чувствительности гладкой мускулатуры желчного пузыря к нейрогуморальной стимуляции, увеличение сопротивления со стороны пузырного протока в результате нарушения проходимости или моторной дискоординации между желчным пузырем и с.Люткенса, анатомические особенности строения выходного отдела и шейки желчного пузыря (увеличенный карман Хартмана, удлинённая и извитая шейка желчного пузыря, выраженная спиральная заслонка Хейстера), затрудняющие желчеотток из него, врожденная патология гладкомышечных клеток желчного пузыря, спазм с.Одди, нерегулярное питание и малоподвижный образ жизни.

Причинами вторичной дисфункции желчного пузыря по гипокинетическому типу являются: воспалительные заболевания желчного пузыря (острый и хронический холецистит), холецистозы (диффузный аденомиоматоз, ксантогранулематозный холецистит, лимфоплазматический холецистит, нейрофиброматоз и др.), полипоз желчного пузыря, заболевания печени (жировая дистрофия печени, гепатит, цирроз печени), желудка и двенадцатиперстной кишки (хронический гастрит со сниженной секреторной функцией, хронический дуоденит, язвенная болезнь с локализацией в двенадцатиперстной кишке), поджелудочной железы (хронический панкреатит с нарушением эндокринной функции), заболевания, сопровождающиеся нарушением обмена холестерина (холестериновый холецистолитиаз, холестероз желчного пузыря), заболевания кишечника (целиакия, болезнь Крона), оперативные вмешательства (ваготомия, резекция желудка и двенадцатиперстной кишки, обширные резекции тонкой кишки), длительное соблюдение строгой диеты, нерегулярный прием пищи с длительными интервалами, эндокринные заболевания (гипотиреоз, сахарный диабет), высокий уровень эстрогенов в крови (беременность, прием контрацептивных препаратов, вторая фаза менструального цикла), длительная терапия миотропными спазмолитиками и соматостатином, системные заболевания (системная красная волчанка, склеродермия) и другие причины.

При гипокинетической и гипотонической дисфункции желчного пузыря отмечаются тупые ноющие боли в правом подреберье, чувство давления, распирающего, усиливающегося при наклоне туловища вперед. Иногда отмечается иррадиация болей в спину, под правую лопатку. Боли усиливаются на фоне приема пищи и погрешности в диете (острая, жирная, жареная, мучная пища).

Частыми симптомами являются диспепсические расстройства в виде тошноты, горечи во рту, а также вздутие живота, запоры.

Чаще болеют лица женского пола, с избыточной массой тела. Общее состояние обычно не страдает, температура тела нормальная.

При пальпации можно выявить умеренную болезненность в проекции желчного пузыря (место пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с нижним краем печени), иногда пальпируется дно увеличенного желчного пузыря.

Состояние улучшается после приема холецистических средств, дуоденального зондирования, «слепых» тюбажей.

### Дисфункция сфинктера Одди

Дисфункция сфинктера Одди (ДСО) может быть обусловлена только мышечной дискинезией сфинктера или сочетаться с его органическими изменениями в виде стенозирующего папиллита. Изолированно ДСО встречается редко, обычно она сочетается с гипокинетической дисфункцией желчного пузыря. В клинической практике чаще встречается гипертонус с.Одди. В основе развития, которого лежат, как правило, психогенные воздействия (эмоциональные перенапряжения, стрессы и т.д.), реализуемые через повышение тонуса блуждающего нерва, в результате чего затрудняется отток желчи и панкреатического сока, нарушаются процессы пищеварения.

ДСО является частым атрибутом, так называемого, постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС).

Заподозрить ДСО можно при наличии болей в эпигастриальной области или правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку или в левое подреберье. Иногда боли носят опоясывающий характер с иррадиацией в спину. Боли обычно связаны с приемом пищи, однако могут появляться и ночью, сопровождаться тошнотой, рвотой. Подозрение становится более обоснованным, если исключаются другие причины, объясняющие имеющуюся клиническую симптоматику, в первую очередь наличие у больного идиопатического рецидивирующего панкреатита. Основным клиническим проявлением ДСО считаются рецидивирующие приступы сильных или умеренных болей продолжительностью более 20 минут, повторяющиеся на протяжении не менее 3-х месяцев. В зависимости от различий в клинической картине различают 3 типа ДСО: **билиарный, панкреатический и смешанный**. Клинические проявления дисфункции отчасти обусловлены развивающимися при гипертонусе с.Одди панкреато-холедохопузырным или холедохопанкреатическим рефлюксами.

Для **билиарного типа** характерны боли в эпигастрии или правом подреберье с иррадиацией в спину или правую лопатку. Встречается чаще, чем панкреатический тип. В зависимости от того характеризуется ДСО только болями или они сочетаются с другими изменениями, подтвержденными лабораторными или инструментальными методами исследования, в билиарном типе дисфункции выделяют три варианта:

**Вариант 1** – приступ болей в сочетании со следующими признаками:

- ◆ подъемом АСТ и/или ЩФ в два и более раз при 2-х кратном исследовании;
- ◆ замедленным выведением контрастного вещества при ЭРХПГ (более 45 мин);

- ♦ расширением общего желчного протока более 12 мм.

**Вариант 2** — приступ болей в сочетании с одним или двумя выше перечисленными признаками.

**Вариант 3** — только приступ болей по «билиарному» типу.

При **панкреатическом типе** боли локализуются преимущественно в левом подреберье, иррадируют в спину, уменьшаются при наклоне туловища вперед и мало отличаются от таковых при панкреатите. Отсутствие наиболее частых причин панкреатита (алкоголь, желчнокаменная болезнь) особенно при наличии повышенной активности панкреатических ферментов обычно приводит в таких случаях к диагнозу идиопатического панкреатита. В зависимости от сочетания болевого синдрома с другими изменениями, полученными с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования, выделяют три варианта этого типа дисфункции:

**Вариант 1** — приступ болей, сочетающихся со следующими признаками:

- ♦ повышением активности сывороточной амилазы и/или липазы в 1,5–2 раза выше нормы;
- ♦ расширение панкреатического протока по данным ЭРХПГ в головке поджелудочной железы свыше 6 мм, в теле — свыше 5 мм;
- ♦ время выведения контраста из протоковой системы поджелудочной железы в положении лежа на спине, превышает 9 мин по сравнению с нормой.

**Вариант 2** — приступ болей в сочетании с одним или двумя выше перечисленными признаками.

**Вариант 3** — только приступ болей по «панкреатическому» типу.

При **смешанном типе** боли локализуются в основном в эпигастрии или носят опоясывающий характер и могут сочетаться с другими признаками, характерными для различных вариантов как билиарного, так и панкреатического типов ДСО.

ДСО, развившаяся или усугубленная в связи с холецистэктомией, может сопровождаться и другими клиническими симптомами, обусловленными билиарной недостаточностью (недостаточное и хаотичное поступление желчи в двенадцатиперстную кишку), уменьшением бактерицидности дуоденального содержимого и в связи с этим увеличением микробного обсеменения двенадцатиперстной кишки.

### Лабораторная и инструментальная диагностика

Полиморфизм клинической симптоматики ФНБТ бывает настолько выражен, особенно у лиц с преобладанием невротических симптомов, что постановка диагноза этого заболевания на основании жалоб, анамнеза и данных объективного исследования, часто представляет достаточно сложную задачу. В большинстве случаев диагноз устанавливается на основании исключения других заболеваний желчного пузыря и желчных путей с привлечением различных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Диагностические тесты при ФНБТ можно условно разделить на две группы: **скрининговые** и **уточняющие**.

#### Скрининговые методы.

- ♦ Функциональные пробы печени (определение уровня АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ), панкреатические ферменты в крови и моче;

- ♦ Трансабдоминальная ультрасонография органов брюшной полости;

- ♦ Эзофагогастродуоденоскопия с прицельным осмотром фатерова сосочка.

#### Уточняющие методы.

- ♦ УЗИ с оценкой функционального состояния желчного пузыря и сфинктера Одди;
- ♦ Эндоскопическая ультрасонография;
- ♦ ЭРХПГ с интрахоледохоальной манометрией;
- ♦ Динамическая холесцинтиграфия;
- ♦ Этапное хроматическое дуоденальное зондирование.
- ♦ Медикаментозные тесты с холецистокинином или морфином.

При необходимости применяют и другие методы лабораторной и инструментальной диагностики.

В условиях поликлиники, как правило, достаточно применения скрининговых методов исследования. Помогает диагностике этапное хроматическое дуоденальное зондирование (ЭХДЗ) которое дает достаточную информацию о моторике билиарного тракта и проведение которого выполнимо в поликлинических условиях.

У больных с первичной дисфункцией желчного пузыря клинический анализ крови, функциональные пробы печени, содержание панкреатических ферментов в крови и моче и данные ЭГДС, как правило, не имеют существенных отклонений от нормы. При ДСО во время или после приступа отмечается транзиторное повышение уровня трансаминаз и панкреатических ферментов. При функциональных расстройствах желчного пузыря и САБТ, являющихся следствием патологических изменений в печени, уровень и характер нарушения функциональных проб печени зависит от основного заболевания.

Среди инструментальных методов исследования ведущее место в диагностике БД принадлежит ультразвуковому методу исследования. **Трансабдоминальная ультрасонография** (ТУС) позволяет изучить расположение и форму желчного пузыря, толщину и структуру его стенок, характер внутрипросветного содержимого. При ФНБТ желчный пузырь обычно хорошо визуализируется, контуры его четкие, толщина стенок не превышает 2,5–3 мм, а содержимое эхооднородное.

Для уточнения характера функциональных расстройств желчного пузыря с помощью УЗИ исследуют его объем натощак и после желчегонного завтрака. Моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря считается нормальной, если его объем к 30–40 минутам уменьшился на 1/2 и более от первоначального, а коэффициент опорожнения равняется 50–70%.

Оценку сократительной функции желчного пузыря нельзя проводить в отрыве от оценки функционального состояния с.Одди, так как гипертонус последнего может создавать существенное препятствие для опорожнения пузыря, что сказывается на результатах исследования.

Косвенными признаками гипертонуса с.Одди является увеличение длительности латентного периода (более 10 мин после приема желчегонного завтрака) и увеличение диаметра общего желчного протока более чем на 1 мм, а также прекращение опорожнения желчного пузыря через 10–15 минут в сочетании с увеличением просвета холедоха.

Широкая доступность ТУС, отсутствие лучевой нагрузки, противопоказаний, достаточно высокая

воспроизводимость результатов дают этому методу неоспоримые преимущества в поликлинической практике. Несомненным достоинством метода является и возможность объективной оценки эффективности терапии ФНБТ.

Таким образом, диагностика первичных ФНБТ должна основываться на исключении органической патологии, а вторичных дисфункций на выявлении причин, ее объясняющих. Следует отметить, что для диагностики как первичных, так и вторичных БД часто бывает недостаточно применение только одного метода. В связи с этим для уточнения диагноза следует применять методы наиболее информативные для данной патологии, а при необходимости проводить дополнительное обследование согласно диагностической концепции.

Диагноз первичной дисфункции желчного пузыря и/или ДСО устанавливается на основании тщательного обследования и исключения других заболеваний функционального или органического генеза, которые могут сопровождаться функциональными нарушениями билиарного тракта.

Диагноз первичной дисфункции билиарного тракта правомочен, если выявлены следующие основные критерии этой патологии:

1. В клинической картине преобладает невротическая симптоматика.
2. Боли чаще провоцируются не пищевой нагрузкой, а психоэмоциональными перегрузками, стрессами.
3. Боли носят кратковременный характер и могут исчезать после приема седативных средств.
4. Пальпаторно в правом подреберье отмечается небольшая болезненность, отсутствует защитное мышечное напряжение, отрицательные симптомы Ортнера, Мюсси, Мерфи.
5. Боли не сопровождаются подъемом температуры тела, изменениями в клинических анализах крови, мочи, в биохимическом анализе желчи отсутствуют признаки дисхолии, а при микроскопии осадка дуоденальной желчи не выявляются признаки воспаления.
6. По данным ТУС отсутствуют изменения в стенке желчного пузыря, толщина ее натошак не превышает 3 мм, содержимое пузыря эхооднородное или с наличием билиарного сладжа. При исследовании сократительной функции желчного пузыря выявляются нарушения моторики желчного пузыря (параметры, характеризующие фракцию выброса и коэффициент опорожнения, выходят за пределы нормы).
7. По данным ТУС и других уточняющих методов исследования отсутствуют признаки органического препятствия, нарушающего желчеотток. По данным ЭХДЗ выявляются отклонения от нормальных показателей (особенно на втором и четвертом этапах исследования).
8. Клиническое обследование не выявило другой функциональной или органической патологии, способной объяснить наличие дисфункции билиарного тракта.

Точность диагностики характера функциональных нарушений имеет принципиальное значение, так как определяет выбор лечебной тактики, объем консервативной терапии или хирургического вмешательства, а также прогноз заболевания.

## Лечение

Основная цель терапии при ФНБТ — восстановление оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку.

В большинстве случаев больные с дисфункцией билиарной системы могут лечиться амбулаторно. Однако при полиморфизме жалоб, конфликтных ситуациях в быту или на работе, трудностях проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями билиарной системы, требующих применения сложных методов исследования, целесообразна госпитализация в терапевтический стационар сроком на 10–14 дней.

При наличии невротических расстройств показано применение седативных или тонизирующих средств, препаратов нормализующих сон. Важен контакт врача с пациентом с объяснением причин заболевания и возможных путей их устранения. При необходимости назначается консультация психотерапевта.

Диетотерапия занимает существенное место в лечении больных с ФНБТ, так как соблюдение правильного питания с учетом характера моторных нарушений способствует более быстрой реабилитации пациентов, улучшает качество жизни. Рекомендуются режим питания с частыми приемами небольших количеств пищи (5–6 разовое питание), что способствует регулярному опорожнению желчного пузыря, нормализует давление в протоковой системе желчных путей и двенадцатиперстной кишке.

Из рациона исключаются алкогольные напитки, газированная вода, копченые, жирные и жареные блюда, а также приправы, в связи с тем, что они могут вызывать спазм с.Одди. В диетическом рационе необходимо учитывать влияние отдельных пищевых веществ на моторную функцию желчного пузыря и желчевыводящих путей. Так, при гиперкинетическом типе дисфункции должны быть резко ограничены продукты, стимулирующие сокращения желчного пузыря — животные жиры, растительные масла, наваристые мясные, рыбные, грибные бульоны. Показано применение продуктов, содержащих магний, который уменьшает тонус гладкой мускулатуры (гречневая крупа, пшено, пшеничные отруби, капуста). Исключается или ограничивается употребление яичных желтков, слобы, кремов, орехов, крепкого кофе и чая.

При гипокинетическом типе дисфункции желчного пузыря больные обычно хорошо переносят некрепкие мясные бульоны, уху, сливки, сметану, растительные масла, яйца всмятку. Растительное масло назначают по одной чайной ложке 2–3 раза в день за полчаса до еды в течение 2–3 недель. Для предотвращения запоров рекомендуют употребление продуктов, способствующих опорожнению кишечника (морковь, свекла, тыква, кабачки, зелень, арбузы, дыни, чернослив, курага, апельсины, груши, мед). Выраженный эффект на моторику желчных путей оказывают отруби.

При дисфункции, обусловленной повышением тонуса сфинктеров билиарной системы, применяют спазмолитические средства. В качестве спазмолитиков используются как неселективные (метацин, платифиллин, баралгин и др), так и селективные М1-холиноблокаторы (гастроцепин). Однако следует учитывать, что при

назначении этих препаратов может наблюдаться целый ряд побочных эффектов: сухость во рту, задержка мочеиспускания, нарушение зрения, тахикардия, запоры, сонливость. Сочетание сравнительно низкой терапевтической эффективности препаратов этой группы с широким спектром побочных действий существенно ограничивает их применение, особенно при терапии ДСО.

Из миотропных спазмолитиков широкое распространение в поликлинической практике получил дротаверин (но-шпа, но-шпа форте), однако этот препарат, как и другие миотропные спазмолитики – бенциклан (галидор), отилолония цитрат (метеоспазмил), тримебутин (дебридат) не оказывают селективного влияния на САБТ.

В связи с этим заслуживает внимания мебеверин (дюспаталин), который включен в Федеральное руководство по использованию ЛС (формулярная система) 2009 в качестве препарата выбора при лечении СРК. Однако отечественными исследованиями (Минушкин О.Н., Савельев В.С., Ильченко А.А.) показано, что этот препарат оказывает селективное влияние и на САБТ и восстанавливает нарушенный желчеотток [1]. По данным М.А. Бутова с соавт. [2] после терапии дюспаталином у всех пациентов с дисфункцией с.Одди отмечается снижение времени латентного опорожнения желчного пузыря, индекса секреторного давления печени, индекса остаточного холестатического давления.

Курс лечения мебеверином при билиарных дисфункциях обычно составляет 2–4 недели с ежедневным приемом препарата по 200 мг 2 раза в сутки. При гиперкинетической дисфункции желчного пузыря и с.Одди, а также при нормокинетической дисфункции желчного пузыря и гиперкинетической дисфункции с.Одди показано применение мебеверина по 200 мг 2 раза в сутки на протяжении 4-х недель. Эффективность этой терапии достигает 70–100%.

Последними исследованиями показано, что у больных с билиарными дисфункциями и билиарным сладжем сочетание мебеверина по 200 мг 2 раза в сутки с урсодеоксихолевой кислотой 10 мг/кг в течение двух месяцев за счет устранения дисфункции с.Одди и восстановления сократительной функции желчного пузыря приводит к уменьшению числа больных с дискоординацией сфинктеров Люткенса, Мирицци и Одди с 50% до 5%, купированию болей и симптомов билиарной диспепсии у всех больных и к элиминации билиарного сладжа в 95% случаев [3].

В лечении больных с БД применяется гимекромон (одестон), оказывающий селективное спазмолитическое действие на с.Одди. Гимекромон назначают за полчаса до еды по 200–400 мг (1–2 табл.) 3 раза в день. Курс лечения 1–3 недели. Следует отметить, что препарат оказывает холеретический эффект, поэтому при длительном его применении возможно развитие диареи. По этой причине его с осторожностью следует применять и у больных с ПХЭС.

При дисфункции желчного пузыря, обусловленной гипомоторной дискинезией для повышения сократительной функции, применяют прокинетики в течение 10–14 дней: домперидон 5–10 мг в день 3 раза в день за 30 минут до еды или метоклопрамид 5–10 мг в сутки.

В качестве холецистокинетических средств применяют раствор сульфата магния 10–25% по 1–2 сто-

ловых ложки 3 раза в день или раствор сорбита 10% по 50–100 мл 2–3 раза в день за 30 минут до еды или через 1 час после еды. При гипокинетической дисфункции желчного пузыря в сочетании с гиперкинетической ДСО – мотилак по 10 мг 3 раза в сутки в течение 4-х недель.

Положительный эффект оказывают средства, уменьшающие дуоденальную гипертензию и нормализующие процессы пищеварения в тонкой кишке. При наличии микробной контаминации показано назначение доксициклина по 0,1 г 2 раза, тетрациклина по 0,25 г 4 раза, фуразолидона по 0,1 г 3 раза, нифуроксазида (эрсефурила) по 0,2 г 4 раза, интетрикса по 1 капс. 4 раза в течение 1–2 недель. После антибиотикотерапии необходим двухнедельный курс пробиотиков (бифиформ и др.) и пребиотиков (Дюфалак или Хилак-форте).

Эффективно дополняют медикаментозную терапию физиотерапевтические процедуры. Показаны тепловые процедуры (парафин, озокерит), УВЧ, ДМВ-терапия, ультразвук на область проекции печени и правое подреберье, а также назначение различных ванн. Используются различные методы рефлексотерапии (игло- и лазеротерапия). Для больных с повышенной раздражительностью и эмоциональной неустойчивостью лазеропунктура более приемлема, ввиду безболезненности процедур.

Обсуждается эффективность применения при ДСО ботулинистического токсина, являющегося мощным ингибитором выделения ацетилхолина.

Основные критерии оценки эффективности лечебных мероприятий при функциональных нарушениях билиарного тракта:

1. Купирование клинических симптомов;
2. Восстановление моторной функции желчного пузыря;
3. Восстановление тонуса сфинктерного аппарата желчных путей;
4. Восстановление давления в двенадцатиперстной кишке.

Таким образом, применение современных методов диагностики дисфункции билиарного тракта с учетом клинических особенностей течения заболевания позволяет в настоящее время у большинства больных своевременно и точно диагностировать эту патологию. Современный спектр лекарственных препаратов дает возможность подобрать адекватную терапию, что позволяет значительно улучшить самочувствие и качество жизни пациентов с функциональными нарушениями билиарного тракта.

## Литература

1. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. «Анахарсис», 2006, 450 с.
2. Бутов М.А., Шелухина С.В., Ардатова В.Б. К вопросу фармакотерапии дисфункции билиарного тракта. Тезисы 5-го съезда научного общества гастроэнтерологов России, 3-6 февраля 2005 года, Москва, с. 330-332.
3. Делюкина О.В. Моторные дисфункции желчных путей и особенности биохимического состава желчи при билиарном сладже, методы их коррекции. Дисс.канд.мед. наук. Москва, 2007, 132 с.