

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ

ШКОЛА ГЕПАТОЛОГА

*Приложение к журналу
"Новое в медицине и фармации"*

ный

Гепабене®

Двойная защита!
Вашей печени

Одно решение
двух проблем

- / Уникальное сочетание действующих веществ
- / Два направления воздействия
- / Натуральные компоненты

Показания:

- Дискинезии желчевыводящих путей по гиперкинетическому и гипокинетическому типу, особенно сочетающиеся с поражением печени
- Состояние после холецистэктомии
- Хронические гепатиты
- Циррозы печени
- * Жировая дистрофия печени
- " Токсико-метаболические поражения печени

Противопоказания:

- * Острые воспаления печени и желчных путей

Побочные действия:

- * Небольшой слабительный эффект
- Повышение мочевыделения

Дозировки:

- По 1-2 капсуле 3 раза в сутки
- При необходимости (ночные боли) - дополнительно 1 капсула перед сном

Радиофарм Интернешнл ГмбХ
480009, Алматы, ул. Панфилова, 288/61
Тел. (3272) 65 12 12, 61 92 51



radiofarm

НЕМНОГО КАЧЕСТВО - ВОСТОРЖАЮЩАЯ ЦЕНА

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**Дисфункциональные расстройства
билиарного тракта.
Патогенез.
Критерии диагностики и
принципы коррекции.**

(клиническая лекция для врачей)

Л.К. ПАЛЬГОВА

Кафедра внутренних болезней

Алматы 2004

СОДЕРЖАНИЕ

Введение. Классификация ДРБТ.....	3
Классификация дисфункциональных расстройств билиарного тракта, принятая Консенсусом по функциональным заболеваниям органов пищеварения.....	4
Эпидемиология.....	4
Патогенез.....	4
Клиника.....	11
Диагностика.....	13
Фракционное хромотическое дуоденальное зондирование.....	15
Позтажная манометрия как метод оценки моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.....	20
Бактериологическое и биохимическое исследования содержимого двенадцатиперстной кишки.....	21
Лечение.....	24
Этиотропная терапия.....	24
Диетотерапия.....	24
Восстановление двигательной функции билиарных путей.....	25
Применение препаратов, регулирующих желчеотделение.....	26
Нормализация функции вегетативной нервной системы.....	29
Санаторно-курортное лечение.....	30
Список литературы.....	31
<i>Приложение 1</i> Характеристика гепатопротекторов и регуляторов желчеотделения.....	32
<i>Приложение 2</i> Характеристика регуляторов желчеотделения.....	35
<i>Приложение 3</i> Выбор регуляторов желчеотделения для лечения ДРБТ.....	37

Современный подход к понятию функциональных расстройств билиарного тракта базируется на принципах, принятых на согласительной конференции по функциональным заболеваниям органов пищеварения, которая состоялась в 1999 году в Риме. В настоящее время Римские критерии II, являются отправной точкой для диагностики, дифференциальной диагностики и лечения данной патологии.

Согласно решению Римского консенсуса термин «функциональные заболевания билиарного тракта» заменен на термин «дисфункциональные расстройства билиарного тракта» (ДРБТ).

Римский консенсус, 1999

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта

дисфункция
желчного пузыря

дисфункция
сфинктера Одди

В международной классификации болезней (МКБ-10) в рубрику K.82.8 включена «Дискинезия желчного пузыря», а в рубрику K83.4 - «Спазм сфинктера Одди».

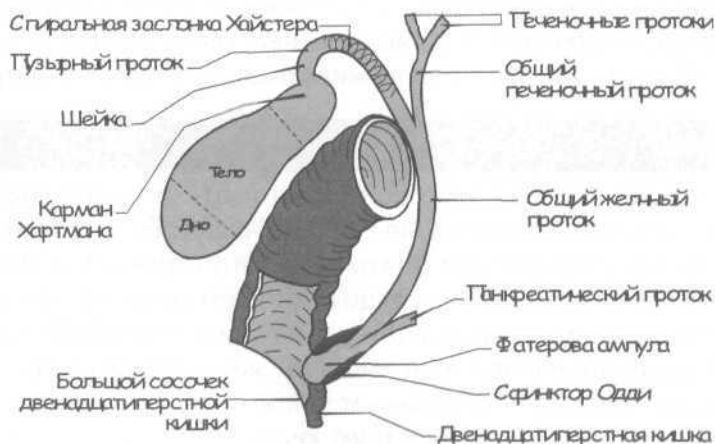


Рис. 1 Желчный пузырь и желчные пути

Классификация дисфункциональных расстройств билиарного тракта, принятая Консенсусом по функциональным заболеваниям органов пищеварения

1. По локализации

- А. Дисфункция желчного пузыря
 - Б. Дисфункция сфинктера Одди
-

2. По этиологии

- А. Первичные
 - Б. Вторичные
-

3. По функциональному состоянию

- А. Гиперфункция
 - Б. Гипофункция
-

Эпидемиология

Распространенность ДРБТ мало изучена. Считается, что ДРБТ чаще встречаются у женщин. По данным Римской группы по изучению этиологии и предупреждению холелитиаза, частота желчной колики при скрининговых обследованиях населения, у которых, по данным УЗИ, была исключена желчекаменная болезнь, составила 7,6% у мужчин и 20,7% у женщин. Однако, в другом скрининговом исследовании лиц без желчных камней было показано, что боли билиарного типа обнаруживаются только в 2,4% случаев.

Патогенез

Многообразие клинической симптоматики билиарных дисфункций, отсутствие специфических признаков обусловлено сложной системой координации анатомического строения и нейрогуморальных механизмов регуляции желчеотделения. Ключевая роль в обеспечении нормального функционирования ЖВП принадлежит координированной деятельности желчного пузыря и сфинктера Одди, которая обеспечивает ток желчи от печени по желчному тракту в двенадцатиперстную кишку.

Бил парный тракт (рис.1) представляет собой сложную систему желчевыведения, включающих обширную сеть мелких

внутрипеченочных желчных протоков, которые в последующем формируют правый и левый печеночный протоки, а последние сливаются в общий печеночный проток. Желчный пузырь со сфинктером Лютокенса и пузырным протоком представляют собой чрезвычайно важную анатомическую структуру, играющую ведущую роль в формировании как функциональной, так и органической патологии этого отдела билиарного тракта. В результате слияния общего печеночного протока с пузырным образуется общий желчный проток, который заканчивается билиарно-панкреатической ампулой со сфинктером Одди. Последний состоит из сфинктера общего желчного протока, сфинктера панкреатического протока и общего сфинктера ампулы (сфинктер Вестфаля). Процесс желчеобразования идет непрерывно, и суточный дебит желчи в среднем составляет 800-1500 мл, а поступление желчи происходит только в период приема пищи. **Поэтому регулярный прием пищи играет важную роль в обеспечении нормального функционирования процессов пищеварения.** При каждом приеме пищи желчный пузырь сокращается 1-2 раза, при этом желчь поступает в просвет тонкой кишки, где вместе с другими ферментами участвует в пищеварении. Желчный пузырь натощак содержит около 30-80 мл концентрированной желчи. При застое ее количество может значительно увеличиваться. Это обусловлено тем, что стенка желчного пузыря содержит эластические волокна и при билиарной гипертензии его объем может достигать 100-150 мл. У женщин желчный пузырь в состоянии функционального покоя имеет несколько больший объем, чем у мужчин, но сокращается быстрее. С возрастом сократительная функция желчного пузыря снижается.

Нормальная двигательная активность билиарного тракта обеспечивается синергизмом симпатической и парасимпатической нервной системы. Сокращение желчного пузыря с одновременным расслаблением сфинктера Одди и опорожнением желчного пузыря обусловлено повышением тонуса блуждающего нерва и, частично, диафрагмального нерва. После опорожнения желчного пузыря, при содействии симпатической нервной системы, происходит его расслабление с одновременным повышением тонуса сфинктера Одди. Это приводит к наполнению желчи до следующего импульса. При нарушении последовательности в активации парасимпатической и симпатической нервной системы развивается дисфункция желчного пузыря.

Гипотония желчного пузыря обусловлена преобладанием симпатической нервной системы, **гипертоническая дисфункция** вызывается гипертонусом блуждающего нерва.

Важную роль в регуляции моторной функции желчного пузыря играет **эндокринная система** (таблица 1). Особенно большое значение придается гастроинтестинальным гормонам (холецистокинин - панкреозимин, гастрин, секретин, мотилин, глюкагон).

Таблица 1.

Влияние гормонов на моторную функцию желчного пузыря (Окороков А.И., 1999 г.).

Гормоны	Влияние на моторную функцию желчного пузыря
I Холецистокинин • Урохолецистокины • Панкреозимин • Гастрин • Глюкагон • Инсулин • Секретин	Стимулирует сокращения желчного пузыря, расслабляют сфинктер Одди, способствуют опорожнению желчного пузыря
II Нейротензин • Вазоактивный интестинальный полипептид • Энкефалины • Ангиотензин • Тиреоидные гормоны • Антихолецистокинин	Расслабляют желчный пузырь, повышают тонус сфинктера Одди, тормозят опорожнение желчного пузыря

Наиболее сильный эффект оказывает холецистокинин-панкреозимин (ХЦП-ПЗ). Этот гормон способствует синхронному сокращению желчного пузыря и расслаблению сфинктера Одди. Гормональные влияния сильнее нервных, при этом, ХЦП-ПЗ играет роль нейротрансмиттера. Доказано, что у здорового человека ХЦП-ПЗ приводит к уменьшению объема желчного пузыря на 30-80%. Особенно сильно стимулирует сокращение желчного пузыря пища с высоким содержанием жиров.

Еще одним фактором, способствующим развитию билиарных дисфункций является **нарушение формирования желчи и ее физико-химических свойств**. В таблице 2 представлены основные компоненты желчи и их роль в пищеварительном тракте.

Кроме того, в практической работе важно помнить, что с желчью выделяются метаболиты лекарственных веществ, токсины. Более 70% лекарственных веществ метаболизируются в печени и выводятся через желчь. Поэтому, терапия, направленная на адекватный отток желчи выполняет задачу детоксикации организма.

Таблица 2.

Состав желчи и ее функции

(по Э.П.Яковенко, 2002г. с дополнениями Л.К. Пальговой).

Компоненты желчи	Функции в кишке и билиарном тракте
Желчные кислоты (холевая, дезоксихолевая)	• Солюбилизация липидов • Активация моторной функции ЖКТ • Выделение астроинтестинальных гормонов (холецистокинина, секретина) • Стимуляция секреции слизи
Органические анионы: глютацион и растительные стеролы	• Экскреция из организма
Билирубин	• Экскреция из организма
Холестерин	• Экскреция из организма
Фосфолипиды	• Солюбилизация холестерина • Защита эпителия билиарного тракта
Иммуноглобулины	• Бактериостатический эффект
Слизь	• Предупреждает бактериальную адгезию к слизистой оболочке билиарного тракта
Металлы (Си, In, Pb, Mg и др.)	• Экскреция из организма
Альбумины	• Транспорт липидов
Апопротеины	• Стабилизация реологии желчи

Желчь представляет собой изоосмотический электролитный раствор, образующийся в клетках печени и формирующийся полностью по мере прохождения первичной желчи по желчным капиллярам и внепеченочным желчным путям. Для нормального

функционирования билиарного тракта необходимо, чтобы происходил полноценный процесс синтеза и секреции печеночной желчи с последующей концентрацией ее в желчном пузыре.

Процесс желчеобразования состоит из 5-ти последовательных этапов, каждый из которых имеет свои особенности клинического проявления и показания для назначения регуляторов желчеотделения:

1. Печеночно-клеточный, во время которого происходит синтез компонентов желчи и их транспорт к билиарному полюсу гепатоцита. На этом этапе нарушения обусловлены некрозом гепатоцитов. Поэтому здесь нельзя использовать желчегонные препараты. Можно рекомендовать S-адеметионин (гептрал), эссенциальные фосфолипиды (эссенциале) и другие мембраностабилизаторы. В том числе и силимарин в монотерапии (карсил, левасил).

2. Каналикулярный, во время которого, происходит формирование 2х фракций желчи: зависимой и независимой от желчных кислот. На этом этапе формирования первичной желчи важную роль играет концентрация желчных кислот. Чем меньше желчных кислот, тем меньше диффузия органических анионов и, соответственно - текучесть желчи. В данном случае показаны истинные холеретики и желчные кислоты.

3. Дуктулярный - во время которого происходит формирование печеночной желчи за счет секреции воды и бикарбонатов эпителием желчных протоков. На этом этапе целесообразно использование УДХК, которая обладает желчегонным эффектом.

4. Пузырный - во время которого формируется пузырная желчь. В желчном пузыре происходит концентрация желчи и ее постоянное обновление за счет опорожнения пузыря. На этапе нарушений синтеза печеночной желчи показано назначение препаратов, сокращающих желчный пузырь, увеличивающих объем желчи и снимающих спазм сфинктера Одди.

5. Интестинальный - во время которого, желчь поступает в тонкую кишку, происходит ее бактериальная деконъюгация, при этом 90% желчных кислот всасывается и используется для синтеза компонентов желчи в печени, а 10% желчных кислот выделяется с калом. На данном этапе нужно исходить из конкретного причинного фактора. Если желчь не поступает в тонкую кишку из-за механического препятствия (стриктура холедоха, опухоль или полип большого дуоденального соска и т.д.), то требуется эндоскопическая или хирургическая декомпрессия желчных путей. В слу-

чае нарушения деконъюгации желчи, всасывание желчных кислот в кишечнике за счет дисбактериоза - необходимо проводить коррекцию дисбактериоза препаратами с последующим подключением пробиотиков.

Разбивая этот круг на отдельные звенья, можно сказать, что в разных органах, происходят следующие процессы:

I. В печени:

1. Биосинтез первичных желчных кислот из холестерина;
2. Конъюгация и реконъюгация желчных кислот;
3. Секреция конъюгированных желчных кислот.

II. В кишечнике:

1. Пассивная абсорбция конъюгированных желчных кислот;
2. Активная абсорбция конъюгированных желчных кислот;
3. Пассивная абсорбция неконъюгированных желчных кислот.

III. В толстой кишке:

1. Образование вторичных желчных кислот путем бактериального 7-дегидроксилирования первичных (предварительно деконъюгированных кислот) желчных кислот.

IV. Экскреция с фекалиями составляет 10-15% в сутки, что равно биосинтезу.

Важным моментом в выборе правильного лечения является максимально полная диагностика патологии образования желчи и билиарного тракта, а желчегонная терапия является иногда очень важным компонентом лечения.

Как уже было сказано выше, дисфункции билиарного тракта в зависимости от вызвавшей их причины делят на первичные и вторичные. Первичные дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди, протекающие самостоятельно встречаются относительно редко - в среднем, в 10-15% случаев. Значительно чаще они являются сопутствующим признаком других заболеваний.

Причины первичных дисфункций билиарного тракта:

- Патология гладкомышечных клеток желчного пузыря;
- Снижение чувствительности к нейрогормональным стимулам;
- Психозомоциональные перегрузки;
- Стрессовые ситуации;
- Общий невроз;
- Гормональные дисфункции;
- Систематические нарушения режима питания.

Причины вторичных дисфункциональных расстройств билиарного тракта:

- Заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки и кишечника;
- Заболевания поджелудочной железы;
- Хронические гепатиты, перенесенный гепатит А;
- Беременность;
- Цирроз печени;
- Стеатоз печени и стеатогепатит;
- Состояние после холецистэктомии;
- Синдром предменструального напряжения;
- Сахарный диабет;
- Глютеновая энтеропатия;
- Гормональные расстройства;
- Лечение соматостатином.

Нарушение равновесия между продукцией холецистокинина, секретина и других нейропептидов оказывает определенное влияние на сократительную функцию желчного пузыря и сфинктерный аппарат. Недостаточное образование тиреоидина, окситоцина, кортикостероидных и половых гормонов также приводит к снижению мышечного тонуса желчного пузыря и функциональным нарушениям сфинктерного аппарата. После холецистэктомии в 70-80% случаев наблюдаются различные моторные нарушения билиарного тракта.

Для большинства больных, перенесших холецистэктомию, характерна недостаточность сфинктера Одди с непрерывным истечением желчи в просвет двенадцатиперстной кишки; реже отмечается его спазм.

После ваготомии в первые 6 месяцев наблюдается выраженная гипотония желчным путям, желчного пузыря и сфинктера 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, ХЦК-ПЗ, мотилина. Возникшие при этом функциональные нарушения могут приобретать постоянный характер и при наличии литогенной желчи способствуют быстрому формированию желчных камней.

Дисфункции билиарного тракта 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, как правило, не изменяется. Клиническая картина гиперкинетической формы дисфункции желчного пузыря.

Местные симптомы. Основным местным симптомом является боль.

Характеристика боли: боль возникает периодически, носит коликообразный характер, иррадирует в спину, под правую лопатку, правое плечо, реже - в область эпигастрия, сердца.

Факторы, провоцирующие появления или усиления боли:

- Глубокий вдох;
- Погрешность в диете;
- Прием холодных напитков;
- Физическая нагрузка;
- Стрессовые ситуации;
- Иногда - появление боли ночью;
- В отдельных случаях провоцирующий фактор установить не удается.

Из общих симптомов отмечаются:

- Раздражительность;
- Повышенная утомляемость;
- Потливость;
- Головные боли;
- Тахикардия;
- Другие симптомы невротического характера.

Клиническая симптоматика гипокинетической и гипотонической дисфункции билиарного тракта более разнообразна.

Местные симптомы.

Боль в правом подреберье. Характеристика боли: боль имеет ноющий, тупой характер, часто ощущается как чувство распирания, давления. Факторы, провоцирующие появление или усиление боли:

- Наклоны туловища;
- Прием пищи, особенно обильной и жирной.

Диспептический синдром очень характерен для гипотонической дисфункции желчного пузыря и проявляется в виде:

- Тошноты;
- Горечи во рту;
- Вздутия живота;
- Запоров.

При пальпации можно выявить умеренную болезненность в проекции желчного пузыря (место пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с нижним краем печени). Следует отметить, что первичные дисфункции билиарного тракта могут протекать с невыраженной симптоматикой, а вторичные дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди обычно имеют клинические признаки основного заболевания.

Клиническая картина дисфункции.

Всемирный конгресс гастроэнтерологов (Бангкок, 2002г) определил, что медицина, основанная на доказательствах, требует не консенсуса, а доказательств. Там же было констатировано, что дисфункцию сфинктера Одди следует отнести не к четко определенным заболеваниям, а к состояниям с вариабельным взаимоотношением - дисфункция-синдром.

Разделяют 2 типа дисфункции сфинктера Одди: билиарная и панкреатическая.

А. Билиарный тип - I.

Этиология - стеноз (65-95%), механическое препятствие другого характера.

Критерии диагностики:

1. Приступы болей «билиарного» типа в сочетании с тремя следующими признаками;
2. Подъем АЛТ и/или ЩФ в два или более раз при 2-х кратном исследовании;
3. Замедленное выведение контрастного вещества при ЭРПХГ (более 45 минут);
4. Расширение общего желчного протока более 12 мм.

Б. Билиарный тип II

Этиология: структурные нарушения - 50-63% на фоне нарушений - 33-52%.

Критерии диагностики:

1. Приступы болей «билиарного» типа в сочетании с одним или двумя следующими признаками;

2. Подъем АЛТ и/или ЩФ в два или более раз при 2-х кратном исследовании;

3. Замедленное выведение контрастного вещества при ЭРПХГ (более 45 минут);

4. Расширение общего желчного протока более 12 мм.

В. Билиарный тип III.

Критерии диагностики. Только приступы болей «билиарного» типа.

Г. Панкреатический тип дисфункции сфинктера Одди.

Критерии диагностики.

1. Характерная для панкреатита эпигастральная боль с типичной иррадиацией в спину;

2. Повышение активности амилазы;

3. Отсутствие холелитиаза, злоупотребление алкоголем и других известных причин холелитиаза;

4. Манометрическое исследование сфинктера - признаки дисфункции сфинктера Одди.

ДИАГНОСТИКА

При диагностике ДРБТ, согласно II Римскому консенсусу (1999г), рекомендуется придерживаться следующих диагностических критериев. Повторяющиеся эпизоды умеренной или тяжелой боли, локализованной в эпигастрии или правом подреберье и продолжающиеся 30 минут и более по крайней мере в течение 12 мес (боль определяется как умеренная, когда она нарушает ежедневную деятельность пациента, и как тяжелая, когда требует незамедлительной медицинской консультации или медикаментозного купирования). Кроме того, боль может сочетаться с одним или более следующих признаков:

- тошнота, рвота;
- иррадиация боли в спину или правую лопатку;
- возникновение боли после приема пищи;
- возникновение боли в ночное время.

Могут нарушаться функции ЖП и отсутствовать структурные нарушения, объясняющие данные симптомы.

Диагностические тесты при заболеваниях билиарного тракта можно разделить на 2 группы: скрининговые и уточняющие.

Скрининговые методы:

- Функциональные пробы печени, панкреатических ферментов в крови и моче;
- Ультразвуковое исследование;
- Эзофагогастродуоденоскопия.

Уточняющие методы:

- УЗИ с оценкой функционального состояния желчного пузыря и сфинктера Одди;
- Эндоскопическая ультрасонография;
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с интрахоледохеальной манометрией;
- Динамическая холесцинтиграфия;
- Прямая манометрия сфинктера Одди;
- Медикаментозные тесты с холецистокинином или морфином.

Одно из ведущих мест в диагностике дисфункций билиарного тракта занимает ультразвуковое исследование. Для уточнения характера дискинетических 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 минуте уменьшается на $1/3-1/2$ от первоначального. В качестве желчегонного завтрака используют 20 г сорбитола со 100 мл воды или внутривенное введение холецистокинина в дозе 20 мг/кг.

Прямая манометрия сфинктера Одди позволяет судить о наличии билиарной гипертензии, ее степени и решать вопрос о целесообразности сфинктерометрии. Манометрическое исследование выполняют с помощью специального зонда, вводимого при чрескожной транспеченочной канюляции общего желчного протока или, наиболее часто, при ЭРХПГ. Широкого распространения в клинической практике этот метод еще не получил.

В последние годы для изучения функционального состояния желчевыделительной системы широко применяется метод динамической холесцинтиграфии, основанный на избирательном поглощении из крови гепатоцитами и экскреции в составе желчи меченых $^{99\text{Tc}}$ радиофармпрепаратов (РФП). Ценность метода заключается в возможности непрерывного длительного наблюдения за процессами перераспределения РФП в гепатобилиарной системе в физиологических условиях, что позволяет косвенно судить о фун-

кциональном состоянии гепатоцитов, количественно оценить эвакуаторную способность желчного пузыря, а также выявить нарушения желчеоттока, связанные как с механическим препятствием в билиарной системе, так и со спазмом сфинктера Одди.

В международных рекомендациях не указан метод дуоденального зондирования. Тем не менее, диагностическая ценность метода заключается в том, что можно получить информацию не только о свойствах содержимого бил парных путей, но и оценить функциональные особенности двенадцатиперстной кишки и системы желчевыведения.

Приводим полное описание методики проведения фракционного хроматографического дуоденального зондирования (ФХДЗ) и интерпретацию результатов.

ФРАКЦИОННОЕ ХРОМАТИЧЕСКОЕ ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ (МАЕВ И.В., 2003 г.)

Исследование содержимого двенадцатиперстной кишки чаще всего производится методом зондирования, причем во время зондирования исследуется не только свойства самого содержимого, но и функциональные особенности двенадцатиперстной кишки и системы желчевыделения. Для этого чаще всего используется методика **фракционного хроматического дуоденального зондирования (ФХДЗ)**.

Зондирование позволяет отдельно получить желчь из просвета двенадцатиперстной кишки, холедоха, желчного пузыря, печеночных протоков.

Желчь собирается отдельно пятиминутными порциями, объем каждой порции регистрируется. **Хроматическое** дуоденальное зондирование предусматривает использование 5 мл 0,4% индигокармина, вводимого перед зондированием внутривенно. Попадая с током крови в печень, индигокармин в клетках печени редуцируется с образованием бесцветной лейкобазы, в связи с чем желчь, поступающая из печени, не меняет своего цвета, т.е. золотисто-желтая, и в таком виде выделяется из печени. В желчном пузыре лейкобаза красителя вновь восстанавливается в синий цвет, образуя хромоген который и окрашивает пузырную желчь в сине-зеленый цвет.

Фракционное хроматическое дуоденальное зондирование позволяет выявить динамику выделения пузырной желчи, от-

дифференцировать пузырную желчь от холедоховой и печеночной у больных хроническим холециститом, с резко сниженной концентрационной функцией желчного пузыря, когда пузырная желчь внешне трудноотличима от печеночной.

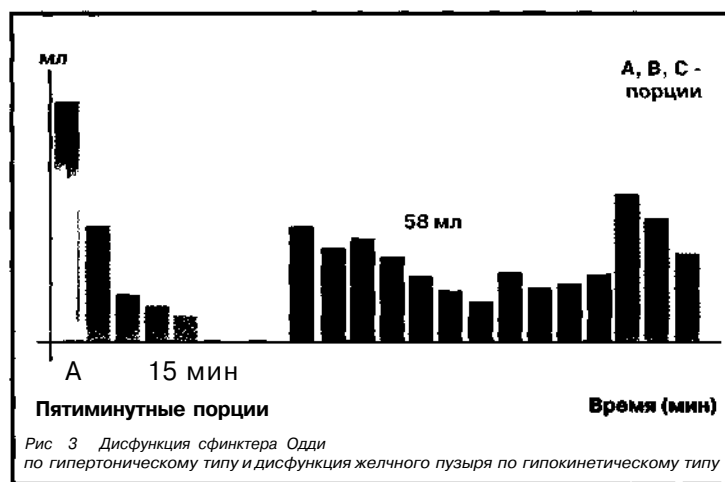
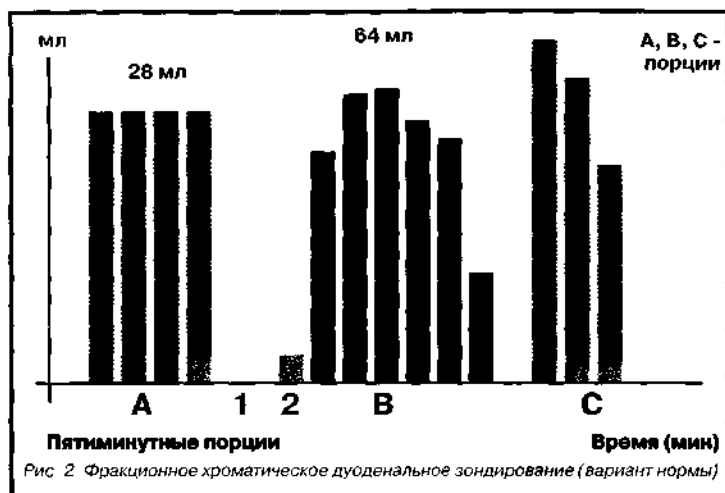
Исследование начинается с момента введения оливы в двенадцатиперстную кишку. Отделяемая по зонду желчь собирается каждые 5 минут, в отдельные градуированные пробирки, объем желчи в каждой пробирке измеряется (полученные объемные данные необходимы для построения графика ФХДЗ представлены на рис. 2). После начала отделения желчи ее собирают до тех пор, пока выделение полностью не прекратится (в среднем 20 минут). Сбор желчи в данный период соответствует **первой фазе** ФХДЗ. Эта фаза характеризует период от момента попадания зонда в двенадцатиперстную кишку до введения в нее холецистокинетика. При этом получается дуоденальное содержимое характерное для межпищеварительного периода (**дуоденальная желчь**). Данный период обозначается как **порция А-дуоденальная**, представляющая собой смесь секретов двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы и печеночной желчи, поступающей из общего желчного протока.

В течение первой фазы исследования поступает 20-30 мл желчи (в среднем каждые 5 минут выделяется до 8 мл желчи), выделение ее происходит равномерно, без толчков. Если выделяется более 45 мл содержимого, то это чаще всего свидетельствует о задержке эвакуации из двенадцатиперстной кишки в межпищеварительный период (дуоденостаз), реже о гиперсекреции. Если, напротив, получено менее 15 мл содержимого за 30 минут наблюдения, то это свидетельствует о **патологии экскреторной функции печени**, нарушении проходимости внепеченочных желчных протоков, общего желчного протока (стеноз, стриктура, сдавление, обтурация конкрементом и т.д.). **Отсутствие порции А-дуоденальной может наблюдаться в острый период вирусного гепатита, при закупорке общего желчного протока камнем, при выраженном дуоденоспазме.**

При наличии оливы в двенадцатиперстной кишке, о чем свидетельствует выделение дуоденального секрета щелочной реакции, но желчеотделения нет, то необходимо проведение проб для выявления **дуоденоспазма**:

а) глюкозо-новокаиновая (интрадуоденально, т.е. через зонд, вводится 60 мл 5% глюкозы и 40 мл 0,5% новокаина в смеси);

б) проба со спазмолитиками (внутримышечно вводится 2 мл но-шпы или папаверина).



Если после введения глюкозо-новокаиновой смеси или спазмолитиков начинается выделение желчи, то это подтверждает наличие дуоденоспазма, который ликвидируется в ходе проведения пробы.

После сбора дуоденальной желчи, для получения пузырной желчи необходимо через зонд ввести холецистокинетическое средство. Различают интрадуоденальные (вводимые через зонд) и парентеральные холецистокинетики:

а) холецистокинетики, вводимые интрадуоденально:

- 40 мл 33% сернокислой магнезии;
- 50 мл 10% сорбита;
- 40% ксилита;
- 20 мл оливкового масла;
- 10% раствор пептона;
- 40% глюкозы; 10% раствор хлористого натрия;
- яичные желтки.

б) парентеральные холецистокинетики:

- 2 мл питуитрина;
- холецистокинин (75 ед. в 10 мл изотонического раствора, обычно вводится внутривенно половинная доза — 37,5 ед.).

Чаще применяются холецистокинетические средства, вводимые интра-дуоденально (сернокислая магнезия, глюкоза, сорбит, ксилит).

Выбрав холецистокинетик, приступают к стимуляции **второй фазы ФХДЗ** — *фазе закрытого сфинктера Одди*. Под этой фазой понимают время от введения холецистокинетика до появления в зонде желчи. При введении в ДПК холецистокинетика сфинктер Одди на короткое время закрывается, что проявляется прекращением поступления желчи через зонд. Время данной фазы (закрытого сфинктера Одди, спазма сфинктера) исчисляется по секундомеру от момента окончания введения холецистокинетика до начала выделения желчи. У здоровых лиц продолжительность этой фазы колеблется от 3 до 6 минут. Если после введения холецистокинетика желчь не выделяется более 6 минут, т.е. продолжительность второй фазы ФХДЗ удлиняется, то это чаще говорит о *гипертонусе сфинктера Одди* (дисфункция сфинктера Одди по гипертоническому типу) или об органических его поражениях (стриктуры, опухоли, папиллит, холелитиаз) (рис.3).

Уменьшение времени закрытого сфинктера Одди (менее 3 минут) свидетельствует о *гипотонии сфинктера* (дисфункция сфинктера Одди по гипотоническому типу).

Необходимо дифференцировать спазм сфинктера Одди (функциональное нарушение со стороны сфинктера) от его органического поражения. Для этого через зонд вводится 20 мл 2% раствора новокаина или атропин, подкожно. Появление желчи после данных проб свидетельствует о спазме сфинктера Одди, а не о наличии органического препятствия току желчи.

Далее от момента появления желчи после фазы закрытого сфинктера Одди начинается *третья фаза ФХДЗ* — латентный период пузырного рефлекса — время выделения холедоховой желчи, исчисляемое от момента открытия сфинктера Одди до момента открытия сфинктера Люткенса (до появления пузырной желчи темно-оливкового или зеленого цвета). В нормальных условиях у здоровых людей количество выделившейся в данную фазу светлой желчи из желчных внепеченочных протоков составляет 3-5 мл. Продолжается данная фаза — 3-4 минуты, т.е. до тех пор, пока сокращение желчного пузыря не преодолеет тонус пузырного сфинктера Люткенса. Третья фаза ФХДЗ обозначается как А-1.

Если продолжительность третьей фазы составит более 4 минут, это говорит о *гипертонусе сфинктера Люткенса*. Удлинение данной фазы наблюдается также при не функционирующем желчном пузыре («отключенный» желчный пузырь, — при закупорке пузырного протока камнем, атонии его, опухолевой обструкции и т. п.). Кроме того, данный феномен может наблюдаться при воспалительном отеке слизистой оболочки пузырного протока.

Всю желчь, полученную в первую и третью фазы, обозначают как *порцию «А»* (А-дуод. плюс А-1).

После получения холедоховой желчи собирают оливкового или зеленого цвета (при применении индигокармина) пузырную желчь. Это так называемая **четвертая фаза ФХДЗ** — фаза опорожнения желчного пузыря. Данная фаза характеризуется выделением густой, концентрированной желчи.

В норме, в течение 20-30 минут выделяется около 60-70 мл темной пузырной желчи. Средняя скорость ее выделения составляет 12-20 мл за 5 минут. Если средняя скорость выделения пузырной желчи меньше 12 мл за 5 минут, а время выделения пузырной желчи удлиняется от 40 минут до 2 часов и более, то это свидетельствует о снижении сократительной способности желчного пузыря, его гипокинезии (**дисфункции желчного пузыря по гипокинетическому типу**).

Если у обследуемого желчь в данный период выделяется со скоростью более 20 мл за 5 минут, а время ее выделения уменьшается до 10-15 минут, то это говорит о гиперкинезе желчного пузыря (**дисфункции желчного пузыря по гиперкинетическому типу**). Желчь, полученная в эту фазу, обозначается как *порция «В»*.

После получения пузырной желчи наступает **пятая фаза ФХДЗ** — фаза получения желчи из печеночных протоков. Данная

фаза определяется от момента выделения светлой золотисто-желтой желчи после окончания фазы пузырного рефлекса. Желчь, собранная в эту фазу, обозначается как **порция «С»** и собирается в течение 60 минут.

Нормальная скорость выделения желчи из печеночных протоков — 10-15 мл за 5 минут. Скорость выделения двух первых пятиминутных порций протоковой желчи должна быть выше, чем скорость выделения последних порций пузырной желчи. Если скорость выделения протоковой желчи меньше скорости выделения последних порций пузырной желчи, то это свидетельствует, как правило, о недостаточности сфинктера Мирицци.

После получения желчи из печеночных протоков, для уточнения полноты опорожнения желчного пузыря, интрадуоденально вводится повторно холецистокинетик. Выделяющаяся на повторное введение холецисто-кинетики пузырная желчь называется «остаточной желчью», что может иметь место при нормально функционирующем желчном пузыре. Кроме того, появление дополнительной пузырной фракции может свидетельствовать о наличии в желчном пузыре мембран или перетяжек, препятствующих полноценному опорожнению желчного пузыря за один цикл сокращения.

Поэтажная манометрия как метод оценки моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта

Исследование двигательной функции желудка, двенадцатиперстной кишки может проводиться как в ходе фракционного зондирования, так и отдельно, путем изучения внутриполостного давления водным манометром Вальдмана. Давление измеряется после введения зонда в желудок (измеряется давление в теле желудка и в его антральном отделе) и в двенадцатиперстную кишку. У практически здоровых лиц давление в теле желудка составляет 50-70 мм водного столба, в двенадцатиперстной кишке — 80-130 мм водн. ст. Снижение давления в желудке свидетельствует о его гипотонии и часто сочетается с гипокинезией желчевыводящих путей.

При повышении давления в двенадцатиперстной кишке можно думать о дуоденостазе, что ведет к удлинению времени латентного периода пузырного рефлекса, повышению тонуса сфинктера Одди. При давлении в двенадцатиперстной кишке свыше 250

мм водного столба нарушается сократительная способность желчного пузыря, уменьшается объем и скорость выделения пузырной желчи. Давление в двенадцатиперстной кишке свыше 180 мм водного столба снижает объем и скорость выделения печеночной желчи. При высоком давлении в двенадцатиперстной кишке отмечается более продолжительный период спазма сфинктера Одди, что может способствовать холестазу.

Таким образом, дисфункция двенадцатиперстной кишки, дуоденоспазм, приводящий к повышению давления в ней, оказывают патологическое влияние на выделение желчи. Своевременная диагностика и адекватное лечение дуоденальной гипертензии являются важным звеном в устранении холестатического синдрома. Манометрические исследования считаются «золотым стандартом» в оценке больных с такими заболеваниями, как дисфункция сфинктера Одди (постхолецистэктомический синдром) и бескаменный холецистит.

Бактериологическое и биохимическое исследования содержимого двенадцатиперстной кишки

Бактериологическое исследование

В норме содержимое двенадцатиперстной кишки содержит очень ограниченное количество флоры, а желчь из протоков и желчного пузыря стерильна. При воспалительных заболеваниях двенадцатиперстной кишки и системы желчевыделения в содержимом двенадцатиперстной кишки могут появляться: кишечная палочка, диплококки, стафилококки, грамположительная палочка, протей, в различных комбинациях. Возможно также обнаружение друз и мицелия грибка. Чтобы дифференцировать микробную флору двенадцатиперстной кишки от флоры протоков и желчного пузыря В.А.Галкиным (2001 г.) предложен простой способ, заключающийся в использовании на внешнем конце дуоденального зонда стеклянной трубки, которую обжигают на спиртовке после отделения дуоденальной фазы.

Биохимическое исследование дуоденального содержимого

Биохимическое исследование содержимого двенадцатиперстной кишки складывается в первую очередь из определения основных составных элементов желчи.

Определение билирубина оценивается:

- а) по уровню его концентрации в различных порциях.
- б) по коэффициенту концентрации.

Для порции «В» уровень концентрации билирубина здорового человека составляет 3,4-6,8 ммоль/л, для порции «С» — 0,17-0,34 ммоль/л.

Снижение концентрации билирубина в пузырной желчи может быть обусловлено:

- снижением концентрационной способности слизистой оболочки желчного пузыря на фоне воспаления или нейрогуморальных нарушений;

- хроническим застоем желчи в пузыре при хроническом калькулезном холецистите и обтурации пузырного протока вплоть до образования так называемой «белой» желчи.

Снижение концентрации билирубина во всех порциях желчи можно наблюдать на фоне гепатоцеллюлярной недостаточности.

Повышение концентрации билирубина в пузырной желчи может быть связано с возрастанием концентрационной функции слизистой оболочки желчного пузыря, чаще на фоне нейрогуморальных нарушений. Повышение концентрации билирубина во всех порциях желчи возможно на фоне надпеченочной желтухи (гемолитических процессах).

Коэффициент концентрации рассчитывается как отношение концентрации билирубина в пузырной желчи к таковой в протоковой желчи. В норме коэффициент концентрации билирубина составляет от 10 до 20. Снижение коэффициента свидетельствует об угнетении концентрационной функции желчного пузыря, а его возрастание — об активации концентрационной функции.

Определение холестерина и холатов проводится по уровню концентрации: в порции «В» — 5,2-15,6 ммоль/л и 1,1-3,1 ммоль/л — в порции «С» для холестерина и 57,2-184,6 ммоль/л — (В) против 13,0-57,2 ммоль/л (С), для холатов. Возрастание содержания холестерина в желчи наблюдается при печеночном холестазах, застое желчи в пузыре при его гипотонии, атонии, гипокинезии. Кроме того, возрастание содержания холестерина в желчи (в особенности, в пузырной желчи) свидетельствует о нарастании литогенности желчи с возможным последующим камнеобразованием.

Желчные кислоты выделяются в желчь в виде двух первичных кислот — холевой и хенодезоксихолевой, синтез которых происходит в микросомах печени из холестерина. Поступая с желчью в двенадцатиперстную кишку, 80% из них пассивно всасывается, в основном в дистальных отделах тонкой кишки и попадает с током крови обратно в печень. Циркуляция желчных кислот по пути «печень-кишечник и кишечник-печень» носит название энтерогапатической циркуляции. Снижение концентрации холатов свидетельствует о гепатоцеллюлярной недостаточности (гепатиты, циррозы печени), либо о частичном выключении холатов из энтерогапатической циркуляции при депонировании их в желчном пузыре при его гипотонии и/или гипокинезии.

Определение фосфолипидов. 90% фосфолипидов составляет лецитин, который синтезируется гепатоцитами. Находясь в водной среде, молекулы желчных кислот, лецитина и холестерина формируют сложные мицеллы, внутри которых располагаются молекулы холестерина, со всех сторон изолированные от водной среды гидрофильными группами лецитина и желчных кислот, благодаря которым холестерин не кристаллизуется и не выпадает в осадок. При увеличении концентрации холестерина в желчи или снижении уровня желчных кислот, фосфолипидов, нарушается физиологическое соотношение липидов, желчь становится литогенной, а нерастворимый в воде холестерин кристаллизуется и выпадает в осадок.

Для оценки коллоидной стабильности желчи или приобретения ею литогенных свойств рассчитываются так называемые **индексы литогенности:**

а) индекс Эндрюса — холатохолестериновый коэффициент — отношение желчных кислот к содержанию холестерина для данной порции желчи. У здорового человека индекс Эндрюса составляет более 10. Снижение индекса свидетельствует о нарушении коллоидной устойчивости желчи за счет перенасыщения ее холестерином или в результате снижения уровня желчных кислот;

б) индекс Свелла или индекс насыщенности желчи холестерином. Индекс рассчитывается с учетом описанных трех липидов желчи: холестерина, желчных кислот и фосфолипидов. Если полученный коэффициент выше 1, то образец желчи перенасыщен холестерином и, следовательно, литогенен. Если коэффициент ниже единицы, то это свидетельствует, что полученная желчь коллоидно устойчива.

ЛЕЧЕНИЕ

Основной целью лечения больных с дисфункцией билиарного тракта является восстановление нормального тока желчи и секрета поджелудочной железы по билиарным и панкреатическим протокам.

Основные принципы лечения.

1. Этиотропное лечение.
2. Диетотерапия.
3. Восстановление двигательной функции билиарных путей.
4. Применение препаратов, регулирующих желчеотделение.
5. Нормализация функции вегетативной нервной системы.
6. Санаторно-курортное лечение.

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

В виду отсутствия этиологического фактора в понятие этиотропной терапии при ДРБТ входит лечение заболевания, на фоне которого проявляется ДРБТ. Достаточно часто устранение фонового заболевания способствует регрессии функциональных и клинических проявлений.

ДИЕТОТЕРАПИЯ

Диетотерапия занимает существенное место в лечении больных с дисфункцией билиарной системы. Общий принцип диеты - режим питания с частыми приемами небольших количеств пищи в одни и те же часы (5-6 разовое питание). Это способствует регулярному опорожнению желчного пузыря и протоковой системы и предупреждает застой желчи. Из рациона исключают алкогольные напитки, газированную воду, копченые, жирные и жареные блюда и приправы, так как они могут вызывать спазм сфинктера Одди. В диетическом рационе учитывают влияние отдельных пищевых веществ на нормализацию моторной функции желчного пузыря и желчевыводящих путей.

При гиперкинетическом типе дисфункции должны быть резко ограничены продукты, стимулирующие сокращение желчного пузыря: животные жиры, растительные масла, наваристые мясные, рыбные, грибные бульоны.

При гипотонии 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 продукты, способствующие опорожнению кишечника (морковь, тыква, кабачки, зелень, арбузы, дыни, чернослив, курага, апельсины, груши, мед). Выраженный эффект на моторику желчных путей оказывают отруби.

Восстановление двигательной функции билиарных путей.

При дисфункции желчного пузыря, обусловленной **гипомоторной дискинезией**, для повышения сократительной функции применяют прокинетики в течение 10-14 дней: цизаприд - по 5-40 мг 3 раза в день или домперидон - по 5-10 мг в день 3 раза за 30 минут до еды или метоклопрамид - по 5-10 мг в сутки.

В качестве холецистокинетических средств применяют 10-25% раствор сульфата магния по 1-2 столовые ложки 3 раза в день или 10% раствор сорбита по 50-100 мл 2-3 раза в день за 30 минут до еды или через 1 час после еды.

В случаях **гипертонуса сфинктера Одди** целесообразно использование спазмолитических средств (платифиллин), M1-холиноблокаторов (гастроцепин), миотропных спазмолитиков (но-шпа, но-шпа форте, мебеверин), метеоспазмина.

В настоящее время в клинической практике получил распространение препарат гимекрон (одестон), оказывающий селективное спазмолитическое действие на сфинктер Одди и сфинктер желчного пузыря. Одестон назначают за полчаса до еды по 200-400 мг (1-2 таблетки) 3 раза в день. Курс лечения составляет 1-3 недели. При продолжительном применении возможно развитие диареи.

Ликвидирует спазм сфинктера Одди раствор эуфиллина 2,4% - 1,0 мл (внутримышечно) внутривенно. Следует отметить, что внутримышечное введение очень болезненно и плохо переносится пациентами.

Применение препаратов, регулирующих желчеотделение.

Выбор рациональной терапии регуляторами желчеотделения определяется с одной стороны - наличием фонового диффузного заболевания печени и его активностью. С другой стороны, характером нарушений моторной функции желчного пузыря и сфинктера Одди. **Все регуляторы желчеотделения делятся на 3 основные группы:**

I. Препараты, увеличивающие содержание желчных кислот в желчи (содержащие компоненты бычьей желчи - фестал, аллохол, холензим).

II. Препараты, стимулирующие желчеобразовательную функцию печени - истинные желчегонные (холеретики):

- Препараты, содержащие желчные кислоты;
- Синтетические препараты;
- Препараты растительного происхождения;
- Препараты, увеличивающие секрецию желчи за счет ее водного компонента.

III. Препараты, стимулирующие желчевыделение:

- Холекинетики - повышающие тонус желчного пузыря и снижающие тонус желчных путей (сернокислая магнезия, многоатомные спирты, холосас, домперидон);
- Холеспазмолитики - вызывающие расслабление тонуса желчных путей (гепабене, гепатофальк-планта, ЛИФ-52, одестон и др.).

При выборе рациональной терапии регуляторами желчеотделения необходимо учитывать возможность развития побочных эффектов и наличие противопоказаний.

Истинные холеретики, усиливающие образование желчных кислот, противопоказаны при гепатитах и циррозах печени с наличием активации процесса, желчекаменной болезни, язвенно-эрозивных поражениях слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, панкреатитах, диарее. Их назначение оправдано при наличии гипотонической дисфункции желчного пузыря только в условиях отсутствия воспалительного процесса. При гипотонических ДРБТ используют также осмотические холекинетики: ксилит или сорбит (10% раствор по 50-100 мл 2-3 раза в день через 1-1,5 часа после еды), магния сульфат (10-15% раствор по 2 ст.л. 3 раза в день через 1 час после приема пищи).

Растительные холеретики (холагол, бессмертник, пижма, мята, артишок, кукурузные рыльца) повышают секрецию желчи, уменьшают ее вязкость, увеличивают содержание холатов, оказывают противомикробное действие и обладают сочетанным холеспазмолитическим эффектом.

Однако, избыточная стимуляция секреции желчи может способствовать активации хронического гепатита и ухудшить состояние печеночной паренхимы у больных циррозом печени, стеатозом и стеатогепатитом. Поэтому, применение этих препаратов на фоне хронических диффузных заболеваний печени требует осторожности и тщательного контроля за функциональными печеночными пробами (АЛТ, билирубин, ГГТИ).

При сложных формах дискинезий - гипотонус желчного пузыря и спазм сфинктера Одди - сначала нужно ликвидировать спазм сфинктерного аппарата с помощью холеспазмолитиков (но-шпа, дюспатамин, одестон), затем назначит осмотические холекинетики (ксилит, сорбит, магния сульфат). Следует акцентировать внимание больного на тот факт, что одним из наиболее активных прокинетиков является сам прием пищи, поэтому дробный прием пищи будет способствовать опорожнению желчного пузыря.

При выборе регулятора желчеотделения для лечения ДРБТ на фоне диффузных и метаболических заболеваний печени необходимо учитывать возможность влияния на процессы печеночно-клеточного желчеобразования.

Регулятор желчеотделения должен отвечать следующим требованиям:

- Препарат должен оказывать гепатопротективное действие;
- Желательно, чтобы препарат имел антифибротический эффект;
- Желательно, чтобы препарат работал как холекинетик и спазмолитик с умеренными холеретическими свойствами.

Всем этим требованиям отвечает препарат Гепабене. Гепабене - комбинированный препарат растительного происхождения, состоящий из экстракта дымянки аптечной и экстракта плодов расторопши пятнистой. Экстракт плодов расторопши пятнистой содержит силимарин - группу флавоидных соединений, включающую изомеры: силибинин, силидианин и силихристин. Силимарин оказывает гепатопротективное действие: связывает свободные

радикалы в ткани печени, обладает антиоксидантной мембрано-стабилизирующей активностью, стимулирует синтез белка, способствует регенерации гепатоцитов, нормализуя таким образом функцию печени при различных острых и хронических заболеваниях ее и функциональных расстройствах билиарного тракта. Кроме того, силимарин оказывает антифибротический эффект за счет снижения образования коллагена. Поэтому Гепабене можно и нужно назначать при циррозах печени с целью замедления процессов прогрессирования заболевания. Но только в тех случаях, когда активность АЛТ не превышает 3 норм.

Силимарин также входит в состав следующих растительных регуляторов желчеотделения и гепатопротекторов: карсил, гепа-тофальк-планта, левасил.

Особую ценность препарату Гепабене придает второй компонент - фумарин - экстракт дымянки аптечной. Фумарин усиливает экскрецию анионов в просвет каналикула, что приводит к разжижению желчи, тем самым обеспечивая холеретический эффект. Фумарин стимулирует синтез холецистокинина и секретина, которые обеспечивают снятие спазма сфинктера Одди и сокращение желчного пузыря. Следовательно, наблюдается сочетание холеретического и холекинетического эффекта.

Гепабене принимают сразу после еды по 1 капсуле 3 раза в день. Доза может быть увеличена до 6 капсул в день (по 2 капсулы 3 раза в день). При ночных болях целесообразно принимать дополнительно 1 капсулу перед сном.

Гепабене показан при первичной дисфункции сфинктерного аппарата и желчного пузыря и при функциональных расстройствах, сопровождающих патологию печени: стеатоз и стеатогепатит. Гепабене назначают при состояниях после холецистэктомии, сопровождающиеся дисфункцией сфинктера Одди и/или билиарной недостаточностью I - II степени.

Исследования последних лет показали, что Гепабене можно назначать лицам, с различными формами билиарного сладжа, протекающего как самостоятельно, так и развившегося на фоне холестероза желчного пузыря. Билиарный сладж - скопление пристеночной желчи в виде мелких микролитов «песка» в желчном пузыре. Иногда сладж занимает более 2/3 объема желчного пузыря.

Отношение к сладжу неоднозначное. В некоторых исследованиях показана трансформация сладжа в камни желчного пу-
зыря.

ря в 50%. Есть данные, свидетельствующие о самостоятельном исчезновении сладжа. Сейчас материал накапливается, уточняются факторы, влияющие на процессы образования сладжа. В скором времени, возможно, появятся конкретные рекомендации по этому вопросу.

В течение 7-14 дней у большинства больных купируются боли и диспепсический синдром, а при лечении от 1 до 2 месяцев в 60-100% случаев исчезает билиарный сладж. Подобный эффект обусловлен, с одной стороны, способностью препарата нормализовывать работу сфинктерного аппарата желчных путей, а с другой - влиянием на литогенные свойства желчи в результате улучшения функции гепатоцита.

Исследованиями, проведенными в Центральном НИИ гастроэнтерологии (Ю.Н.Орлова, 2002г) установлено, что уже после 2х недельного приема Гепабене по 1 капсуле 3 раза в день, у 75% больных с гипокинезией желчного пузыря увеличивается фракция выброса в среднем на 6,7 мл.

В наших исследованиях получен хороший клинический эффект, который оценивался по регрессии клинических симптомов, динамике экскреторных ферментов ГГТИ и ЩФ. при назначении Гепабене у больных с наличием вторичных ДРБТ на фоне:

- Неалкогольного стеатоза печени в сочетании с сахарным диабетом;
- Алкогольного стеатоза печени;
- Наличия билиарного сладжа;
- Дисфункции сфинктера Одди после холецистэктомии;
- Язвенной болезни с сопутствующей дисфункцией сфинктера.

Одди и дуоденально-гастральным рефлюксом.

Для использования в практической работе в приложении приведены гепатопротекторы и регуляторы желчеотделения, зарегистрированные на территории РК.

НОРМАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Нормализация функции вегетативной нервной системы складывается, прежде всего из рациональной психотерапии, нормализации режима труда и отдыха. При постоянных стрессовых состояниях можно

рекомендовать растительные седативные средства: новопассит, персен, настойка валерианы или пустырника или настоек этих растений.

В случаях наличия стойкого психоэмоционального перенапряжения с присутствием чувства страха, тревоги назначаются дневные транквилизаторы: грандаксин, препараты группы тазепама.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Санаторно-курортное лечение проводится только в период ремиссии фонового заболевания, при нормальных показателях функции печени. Основными факторами санаторно-курортного лечения являются - лечение минеральными водами, физиотерапия, направленная на нормализацию двигательной активности билиарных путей, лечебная физкультура и лечебное питание.

Таким образом, использование современных методов диагностики дисфункции билиарного тракта с учетом клинических особенностей течения болезни позволяет у большинства больных своевременно и точно диагностировать эту патологию.

Появление эффективных лекарственных препаратов с различными, а иногда и сочетанным механизмом действия, позволяет подобрать адекватную терапию и тем самым значительно улучшить самочувствие и качество жизни пациентов с функциональными нарушениями билиарного тракта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Биссет Р., Хан А. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании: Пер. с англ./Под ред. СИ. Пиманова- М.: Медицинская литература, 2001.-272с.

2. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Абдоминальные боли: этиология, патогенез, диагностика, врачебная тактика. Жур. Практикующий врач.-2002, №1, С.39-41.

3. Ильченко А.А. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта. Consilium medicum, №1, 2002.

4. Ильченко А.А., Орлова Ю.Н. Применение Гепабене у больных с хроническим холециститом. Материалы 3-го Росс. науч. форума «Санкт-Петербург-Гастро-2001»//Гастробюллетень.-2001.-№2-3.-С39.

5. Ильченко А.А., Шibaева Л.О., Ходарев Н.Н. и др. Значение динамической холесцинтиграфии при желчекаменной болезни //Росс, гастроэнтерол. жур.-2000.-С. 13-20.

6. Маев И.В. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей. Учебное пособие. М.: Медицина 2003, 96с.

7. Максименко В.Б. Классификация и диагностика заболеваний органов пищеварения. Липецк, 2001.-С.40-45.

8. Манушкин О.Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта. М.: Медицина 2003.-23с.

9. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Практическое руководство. ТЗ., М.: Медицинская литература, 1999, С.426-433.

10. Функциональные заболевания кишечника и желчевыводящих путей: вопросы классификации и терапии. Международный Бюллетень: Гастроэнтерология.-2001.-№5.-С.1-4.

11. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей. Диагностика и лечение. /Метод, пособие для врачей.-М.: Медпрактика-М, 2001.-31с.

Активный компонент	Название	Форма выпуска	Схема назначения	Противопоказания (ПП) Побочные действия (ПД)
1	2	3	4	5
ФИТОПРЕПАРАТЫ				
Силимарин (силибинин)	КАРСИЛ	Драже 35 мг	70 мг 3 р в д после еды	ПП: гиперчувствительность к препарату. Не желательно при беременности и кормлении грудью. ПД (редко): Послабление стула. Дискомфорт в эпигастрии. Изжога Тошнота.
	ЛЕГАЛОН	Драже 70 мг, капс. 140 мг суспензия 450 мл	Суспензия Легалона по 1 мерной ложке (10 мл) 2-3 раза в день	
	СИМЕПАР	Капсулы 70 мг	2-4 раза в день	
	СИЛИБЕР	Таблетки 40 мг	Курс лечения 3 месяца	
Экстракт артишока	ХОФИТОЛ	Таблетки 500 мг	По 1 табл. 3 раза в день до или во время еды	ПП: Механическая желтуха, ЖКБ. ПД: Диарея
		Таблетки 200 мг Раствор для приема внутрь 1 г/5 мл	2 табл. или 5 мл раствора 3 раза в день перед едой 10-20 дней	
		Ампулы 1г/5мл	5 мл в/м, в/в, 1-2 раза в день 8-12 дней	
Масло семян тыквы	ТЫКВЕОЛ	Флаконы по 100 мл	1 ч л. 2-3 раза в день после еды 2-3 недели	ПП: гиперчувствительность к препарату. ПД: Послабление стула
Экстракт расторопши пятнистой и дымянки лекарственной	ГЕПАБЕНЕ	Капсулы 70-110 мг экстр, расторопши пятнистой, 275 мг экстракта дымянки лекарственной	По 1 капсуле 3 раза в день во время еды, максимально до 6 капсул в день. Курс лечения 1-3 месяца	ПП: гиперчувствительность к препарату. ЖКБ. Механическая желтуха. ПД: Послабление стула дискомфорт в эпигастрии, тошнота.

Экстракт расторопши пятнистой, чистотела большого, турмерика яванского	ГЕПАТОФАЛЬК ПЛАНТА	Капсулы 140 мг экстр, расторопши пятнистой, 100 мг экстракта чистотела большого, 25 мг экстракта турмерика яванского	1-2 капсулы 3 раза в день до еды. Курс лечения 1-3 месяца	ПП: гиперчувствительность к препарату. ЖКБ. Механическая желтуха. ПД: Послабление стула дискомфорт в эпигастрии, изжога, тошнота
Экстракт корня солодки	РУВИМИН	Таблетки шипучие 100 мг глицирризиновой кислоты	2 таблетки 2 раза в день до еды Курс 1-3 месяца	ПП: гиперчувствительность к препарату. ПД: кожная сыпь
Экстракт солянки холмовой	СОЛСОКОЛИН	Таблетки 50 мг экстракта солянки холмовой	2 таблетки 2 раза в день до еды. Курс 1-3 месяца	ПП: гиперчувствительность к препарату. ПД: Дискомфорт в эпигастрии.
Поликомпонентные препараты	ГАЛСТЕНА	Раствор во фл 20 мл, 50 мл	10 капель за 30 минут до еды или 1 час после еды 3 раза в день. Курс 1-3 месяца	ПП: гиперчувствительность к препарату. ПД: Дискомфорт эпигастрии, послабление стула
	ЛИВ-52	Таблетки, сироп	2-3 таблетки 3-4 раза в день	ПП: Механическая желтуха, беременность, лактация. Повышенная чувствительность к препарату. ПД: послабление стула, диспепсия.
ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ ФОСФОЛИПИДЫ				
Диглицеридные эфиры холинфосфорной кислоты, преимущественно линолевой и олеиновой	ЭССЕНЦИАПЕН	Раствор для инъекций 250 мг/5 мл	10-20 мл в аутокрови 1 раз в сутки №10-20	ПП: Гиперчувствительность, холестаз, выраженная активность ХГ, ЦП, АЛТ > 10 норм ПД: Неприятные ощущения в эпигастрии; боли в животе во время введения.
	ЭССЕНЦИАЛЕ ФОРТЕН ЭССЛИВЕР ФОРТЕ	Капсулы 300 мг	600 мг 2-3 раза или 1200 мг 1 раз в сутки Курс 3 месяца	

ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ АМИНОКИСЛОТЫ И ДРУГИЕ ЕСТЕСТВЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ

Адеметионин	ГЕПТРАЛ	Лиофилиз. субстрат для инъекций 400 мг во фл. 5 мл	В/м или в/в 400-800 мг в день 1-3 недели	ПП: Повышенная чувствительность к препарату. Беременность. Нежелателен прием перед сном, при эйфории, азотемии. ПД: Дискомфорт в эпигастрии
		Таблетки 400 мг	Per os по 800-1600 мг/сут между приемами пищи 2-4 недели	
Орнитин	ГЕПА-МЕРЦ	Конц. для приготовления инфузионного раствора 5 г ампулы (10 мл)	в/м или в/в по 2-4 г/сутки капельно 5-40 г в сутки	ПП: Нарушение функции почки. Беременность, лактация. ПД: Тошнота, рвота, кожные реакции, ослабление внимания, быстроты реакции
		Гранулы для приготовления перорального раствора 3 г, пакет	Per os 3-6 г 3 раза в день после еды. Длительность терапии индивидуальная.	
Метионин	МЕТИОНИН	Таблетки 250 мг	0,5 - 1,5 г 3-4 раза в сутки за 30-60 минут до еды 10-30 дней.	ПП: Повышенная чувствительность к препарату.

ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ АМИНОКИСЛОТЫ И ДРУГИЕ ЕСТЕСТВЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ

Гидропизат экстракта печени	СИРЕПАР	Флакон 10 мл	в/м 2-3 мл/сутки Курс 1,5-3 месяца.	ПП: Повышение трансаминаз. Повышенная чувствительность к препарату. Беременность. Лактация. ПД: Боли в животе, аллергические реакции, чувство жара, покраснение лица.
	ГЕПАДИФ	Концентрат для приготовления инф. раствора. Капсулы для приема внутрь.	в/в в 200,0 мл физ. раствора внутрь по 2 капе. 3 раза в день 1-3 недели	

ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ

Урсодезоксихолевая кислота	УРСОФАЛЬК	Капсулы 250 мг	10 мг / кг веса	ПП: Острые воспалительные заболевания желчных путей. Повышенная чувствительность к препарату. Беременность. Лактация. ПД: Послабление стула. Кальцинирование желчных камней.
	УРСОСАН	Капсулы 250 мг		

АМИНОКИСЛОТЫ И ДРУГИЕ ЕСТЕСТВЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ

Приложение 2

Характеристика регуляторов желчеотделения

Группа	Название	Активный компонент	Форма выпуска	Схема назначения	ПП, побочные эффекты
1	2	3	4	5	6
Фитопрепараты	ХОФИТОЛ	Артишок полевой	Табл, покрытые оболочкой 200 мг №60	Взрослым таблетки 2-3х3 раза в день, курс 10-20 дней.	Непроходимость желчных путей. ПП: возможно диарея при длительном применении.
			Р-р для инъекций 100мг/5мл №12	Инъекции: 1-2 в день в течение 8-15 дней.	
			Капсулы 450 мг №84	4 капсулы 3 раза в день	
	ТЫКВЕОЛ	Масло семян тыквы	Масло для приема внутрь 20 мл, 100 мл.	По 1 ч.л. 3-4 раза в сутки в течение 1-3 мес.	Повышенная чувствительность к компонентам препарата. ПП: отрыжка, редко - диарея
Препараты с желчегонным и спазмолитическим действием	ОДЕСТОН	Гимекромон	Таблетки 200 мг №20	Взрослым по 1-2 таблетки перед едой	Возможно диарея, метеоризм. ПП: непроходимость желчных путей, выраженные нарушения функции печени, почек
	ОЛИМЕТИН	Масло мяты перечной, масло терпентинное, масл эфирное, масло оливковое	Капсулы	Взрослым 2 капсулы 3 раза в день до еды	ПП: активные гепатиты
	ГЕПАТОФАЛЬК ПЛАНТА	Экстр, расторопши пятнистой, 100 мг экстракта чистотела большого, 25 мг экстракта турмерика яванского	Капсулы 140 мг	1-2 капсулы 3 раза в день до еды. Курс лечения 1-3 месяца	ПП: гиперчувствительность к препарату. ЖКБ. Механическая желтуха. ПД: Послабление стула дискомфорт в эпигастрии, изжога, тошнота.
	ГЕПАБЕНЕ	Экстр, расторопши пятнистой, 275 мг экстракта дымянки лекарственной	Капсулы 70-110 мг	По 1 капсуле 3 раза в день во время еды, максимально до 6 капсул в день. Курс лечения 1-3 месяца	ПД: гиперчувствительность к препарату. ЖКБ. Механическая желтуха. ПД: Послабление стула дискомфорт в эпигастрии, тошнота.

Препараты с желчегонным и спазмолитическим действием	ГЕРБИОН	Водно-спиртовой экстракт из листьев мяты перечной, травы репейника, цветков ромашки аптечной, семян тмина	Капли желчегонные. Флаконы 30 мл, 60 мл.		
	ХОЛАГОЛ	Раствор-капли для приема внутрь из корня куркумы, эмодин крушины, магния салицилат	Флаконы 10 мл.	По 5-10 капель 3 раза в сутки за 30 мин до еды.	ПП: острые воспалительные заболевания гепатобилиарной системы. Побочное действие: возможно - тошнота, изжога, рвота
Гомеопатические препараты	ГАЛСТЕНА	Капли для приема внутрь	Флаконы 20 мл, 50 мл, 100 мл.	Взрослым по 10 капель 3 раза в сутки в течение 3х мес	ПП. повышенная чувствительность к компонентам препарата. Побочное действие: редко- повышенное слюноотделение
	БОНДЖИГАР	Вербезина белая, пикориза курроа, паслен черный, цикорий обыкновенный, тамариск гребенщик, редька посевная, барбарис остистый, берхавия раскидистая, пунарнава, сфрантус индийский, солодка голая	Флаконы 20 мл, 50 мл, 100 мл	Взрослым по 10 капель 3 раза в сутки в течение 3-х месяцев	ПП: I- триместр беременности
			Сироп 90 мл.	Сироп - взрослым: 2 ч. лож. 3 раза в день после еды, дети: 1 ч. лож. 3 раза в день после еды	
			Капсулы №20.	1-2 капсулы 2 раза в день после еды	
Препараты с желчегонным и спазмолитическим действием	НИКОДИН	Гидроксиметил-никотинамид	Таблетки 500 мг №10, 50.	Взрослым 500 мг по 1-2 таблетки 3х4 раза в день до еды	ПП: активация хронических гепатитов

Приложение 3

Выбор регуляторов желчеотделения для лечения ДРБТ

Характер ДРБТ	Рекомендуемые терапевтические подходы
Гипотоническая и Гипокинетическая ДРБТ	<u>Осмотические холекинетики:</u> ксилит, сорбит, магния сульфат, карловарская соль, растительное масло. Растительные холекинетики: берберин, пижма, барбарис, петрушка.
Гипертоническая форма ДРБТ	Холеретики: • препараты, содержащие желчные кислоты - фестал, дигестал, холезим, аллохол • Комбинированные растительные препараты: олиметин, гепабене, гепатофальк, галстена, бонжигар, холасас, фламин, холагол, хофитол Холеспазмолитики: • одестон, но-шпа, дюспаталин; • Фитотерапия: корни и лист одуванчика, плоды тмина, цветки тысячелистника, корень цикория, шиповник, бессмертник, кукурузные рыльца. <i>Препараты можно применять в монорежиме или в комбинации с учетом клинических симптомов в каждом конкретном случае.</i>
Сложная форма ДРБТ - гипотонус желчного пузыря и спазм сфинктера Одди	• Комбинированные растительные регуляторы желчеотделения: гепабене, олиметин, гепатофальк • Холеспазмолитики в сочетании с осмотическими холекинетиками (ксилит, сорбит, магния сульфат)
ДРБТ на фоне диффузных заболеваний печени (хронические гепатиты, циррозы печени, токсико - метаболические заболевания печени, стеатоз, стеатогепатит)	• Комбинированные растительные регуляторы желчеотделения, содержащие силимарин: гепабене (назначаются при уровне АЛТ превышающих норму не более чем в 3 раза); • УДХК (урсофальк, урсосан) при преобладании нарушений на уровне внутрипеченочных протоков • адеметионин - при преобладании внутрипеченочных и внутриклеточных нарушений.
ДРБТ при постхолецистэктомических состояниях	• Холеспазмолитики - одестон, но-шпа • Комбинированные растительные препараты, содержащие силимарин: гепабене, гепатофальк.

ДРБТ при токсико-метаболических заболеваниях печени	• Комбинированные растительные препараты содержащие силимарин гепабене гепатофальк в случаях преобладания в клинической картине билиарных болей и спазма сфинктера Одди • УДХК -урсофальк и урсосан - в случаях преобладания в клинической картине нарушений на уровне внутрипеченочных протоков (одновременное увеличение активности ГГТИ и ЩФ в сыворотке крови Одновременно увеличивается АЛТ, АСТ и ГГТИ в сыворотке крови) • Адеметионин (гептрал) в случаях преобладания синдрома цитолиза и внутрипеченочного холестаза
Билиарный сладж	• Комбинированные растительные препараты, содержащие силимарин гепабене гепатофальк • УДХК (урсофальк урсосан)
ДРБТ на фоне язвенной болезни с наличием эндоскопических признаков дуоденально-гастрального рефлюкса	• Комбинированные растительные препараты содержащие силимарин гепабене гепатофальк • Прокинетики - метоклопрамид мотилиум