

Функциональные билиарные расстройства (диагностика, некоторые лечебные подходы на клинических примерах)

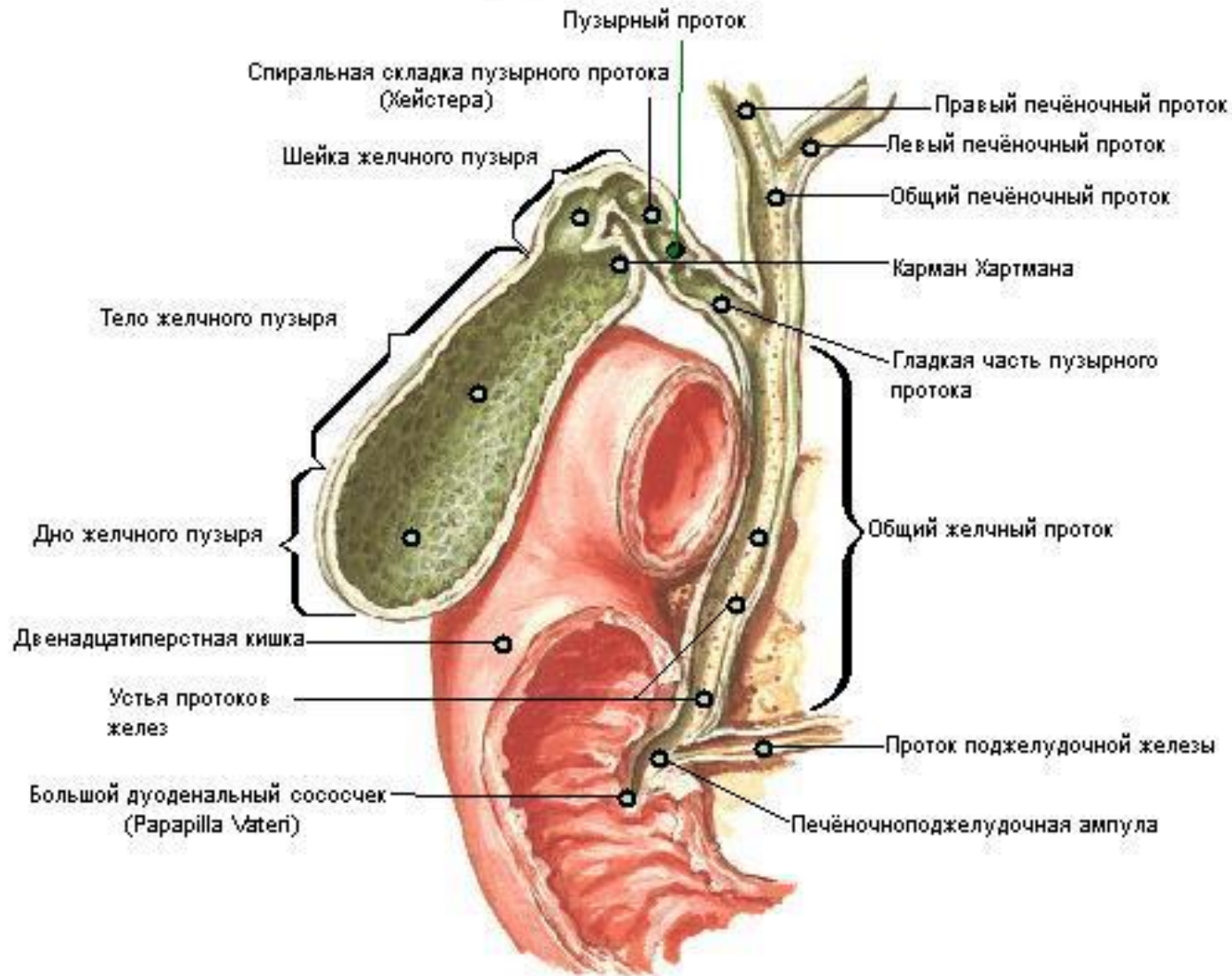
**О.Н.Минушкин, Л.В.Масловский,
О.Ф.Шапошникова (кафедра
гастроэнтерологии ФГБУ ДПО ЦГМА
УД Президента РФ)**

Определение Консенсуса Рим VI

- **Функциональные билиарные расстройства характеризуются болями в животе по типу печеночной колики, вызванной моторно-тонической дисфункцией желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящих путей, прежде всего сфинктера Одди (СО), при отсутствии явных структурных изменений билиарного тракта.**

Характеристика структур, входящих в БС

*Желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки
по F.N. Netter, 1998*



Классификация Рим IV

Функциональные расстройства билиарного тракта в вышеназванной классификации представлены в рубрике Е – «Расстройства желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди (СО)».

В эту рубрику включены следующие подразделы:

- Е1 «Билиарная боль» (ББ);**
 - Е1а «Функциональное расстройство ЖП»;**
 - Е1в «Функциональное расстройство СО билиарного типа».**
- Е2 «Функциональное расстройство СО панкреатического типа».**

Общая характеристика ФБР

1.- Подраздел Е1. Билиарная боль (ББ)

Диагностические критерии билиарной боли (Рим-IV):

- Наличие эпизодов болей в эпигастрии и/или в правом верхнем квадранте живота в сочетании со всеми нижеследующими признаками:
 - 1) стойкие, длительностью более 30 минут
 - 2) рецидивирующий характер с разными интервалами, не обязательно ежедневно;
 - 3) недостаточно серьезно, чтобы прервать обычную активность или обратиться за экстренной помощью;
 - 4) несущественно (<20%), связано с нарушением моторики кишечника;
 - 5) несущественно (<20%), связано с постуральными изменениями и кислотной супрессией;
- Подтверждающие критерии:
 - ББ могут сочетаться с 1 или более из следующих симптомов:
 - 1) Тошнотой и рвотой;
 - 2) Иррадиацией в спину и/или правую подлопаточную область;
 - 3) Прерывание сна ночью.

2. Желчный пузырь

Диагностические критерии функциональных расстройств ЖП E1a.

- 1. Билиарная боль;
- 2. Отсутствие конкрементов и другой структурной патологии;
- 3. Уточняющие критерии:
 - а) Снижение ФВ ЖП по данным сцинтиграфии ЖП;
 - б) Нормальный уровень печеночных ферментов, конъюгированного билирубина и амилазы/липазы.
- 4. Другие симптомы, входящие в билиарный симптомокомплекс:
 - Тошнота и рвота;
 - Горечь во рту.

Диагностика функциональных расстройств ЖП

- Одним из экспертных методов оценки моторики ЖП является динамическая гепатобилисцинтиграфия (ДГБСГ), при проведении которой с помощью провокационных проб в виде желчегонного завтрака или в/в введения холецистокинина можно установить наличие гипер- или гипомоторных изменений. Так, в норме после стимуляции объем жп уменьшается на 40-60% (при гипо – меньше, при гипер – больше).
- УЗИ с желчегонным завтраком (нормо-, гипо-, гипермоторная дисфункция)
- Магнитнорезонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)(со стимуляцией секретинном).
- Содержимое ЖП должно быть гомогенным.

3. Функциональные расстройства СО

А. Билиарный тип дисфункции СО

- **Обязательные критерии:**

- Билиарная боль (слабая, умеренная, тяжелая);
- Отсутствие конкрементов;
- Частичное нарушение проходимости протоков на уровне сфинктера;
- Повышенный уровень ферментов печени или расширение желчных протоков.

- **Вспомогательные критерии:**

- Нормальные показатели амилазы/липазы;
- Патологические показатели манометрии СО;
- Результаты гепатобилиарной сцинтиграфии.

Б. Панкреатический тип дисфункции сфинктера Одди

- Может быть представлен классическим панкреатитом с эпигастральными болями, которые иррадиируют в спину и сопровождаются повышением сывороточной амилазы и липазы (выраженная форма).
- При менее очевидных формах – есть боли, но нет подъема панкреатических ферментов.
- **Т.о., в рекомендациях Рим-IV исключен структурный стеноз (отказались от дисфункции СО 1 типа, отказались от дисфункции СО 3 типа).**

Диагностика ФБР (программа)

Скрининговые:

- Общий анализ крови, мочи
- Функциональные пробы печени, панкреатические ферменты в крови и моче;
- Трансабдоминальная ультрасонография (УЗИ);
- ЭГДС с прицельным осмотром ФС.

Уточняющие:

- УЗИ с оценкой функции желчного пузыря и СО;
- ЭРХПГ с манометрией сфинктера Одди;
- Гепатобилисцинтиграфия с Tc^{99m} ;
- Медикаментозные тесты (с холецистокинином или морфином);
- Водородный дыхательный тест (диагностика СИБР);
- Рентгенологическое исследование желудка (при подозрении на гастродуоденостаз)
- В клинической практике для диагностики функциональных расстройств не должны быть использованы методы, осложнения которых превосходят саму патологию (ЭРХПГ не рекомендована) – решение III-IV Консенсуса

продолжение

- **Примеры формулировки диагноза:**
 - 1.Билиарная дисфункция (спастическая дисфункция ЖП, фракция выброса 35%)**
 - 2.Билиарная дисфункция (спастическая дисфункция ЖП, ФВ 30%; билиарная дисфункция сфинктера Одди), СИБР**
 - 3.Билиарная дисфункция (гипотония ЖП, фракция выброса 30%, дисфункция СО, панкреатический тип).**

Лечение билиарной дисфункции.

Общие принципы:

- **1. Купирование боли**
- **2. Восстановление нормального тока желчи**
- **3. Нормализация моторики ЖП и тонуса СО**
- **4. Восстановление «градиента давления» путем нормализации всех образований его формирующих (печень, ЖП, протоки, СО, кишечник).**

Частные вопросы лечения

**Консервативная фармакотерапия
проводится с использованием
миотропных спазмолитиков. Она
является основным, а иногда и
единственным методом лечения
функциональных билиарных
расстройств.**

Результаты собственных исследований

1. Характеристика больных и методов исследования

- К исследованию было принято 30 больных (7м и 23ж), возраст $44,0 \pm 15,3$
- Больные были разделены на 2 подгруппы:
 - 1-я – 15 больных с функциональными расстройствами ЖП (Е1а)
 - 2-я – 15 больных с функциональным расстройством СО билиарного типа (Е1в)

Характеристика больных

Все больные имели билиарную боль, которая не была связана с нарушением моторики кишечника, с положением тела и кислотной супрессией.

- Сократительную функцию ЖП оценивали УЗИ с нагрузкой сорбитом (20 г на 100 мл воды), а тонус СО – УЗИ с пищевой нагрузкой по изменению диаметра ОЖП (в течение 1 часа после нагрузки, когда его диаметр должен вернуться к исходным показателям).

- Динамика боли в баллах (от 1 до 5)

- Моторная активность кишечника – по данным электромиографии

2. Лечение: использован миотропный спазмолитик - мебеверина гидрохлорид (НИАСПАМ), в суточной дозе 200 мг 2 раза в день в течение 4-х недель.

- Цель – оценить эффективность и безопасность лечения.

- Задачи:

Оценить влияние лечения Нияспамом на:

- клинические проявления
- сократительную способность ЖП
- тонус СО
- моторику кишечника

Продолжение

- **Безопасность лечения оценивали по динамике лабораторных показателей (общий ан.крови, б/х АСТ, АЛТ, ЩФ, холестерин, белок) и переносимость лечения.**

Статистический анализ:

- **Проверка выборок – тест Колмогорова-Смирнова**
- **Сравнение выборок – t-критерий Стьюдента, критерий Уилкоксона/**

3. Результаты лечения (представлены в таблицах 1, 2, 3).

Таблица 1

Динамика болей у больных ФБР на фоне лечения НИАСПАМОМ

характеристика	исходно	14 день	28 день
Частота боли n, %	30 100%	17 56,6% *	5 16,7% **
Интенсивность боли (баллы)	3,3 ±0,7	1,7 ± 0,7*	1,2± 0,6 * **
Болезненность при пальпации в правом подреберье n %	27 90%	11 36,7% *	5 16,7% *
Болезненность при пальпации в эпигастрии n %	3 10%	3 10%	2 6,6%
*- различия достоверны по сравнению с исходом ** - различия достоверны между данными на 14 -й и 28-й день			

Таблица 2
Влияние лечения НИАСПАМОМ на сократительную
функцию ЖП и тонус СО у больных ФБР

показатель	До лечения	14-й день лечения	28-й день лечения
Сниженная сократимость ЖП n %	15 50%	7 23,3% *	2 6,6% *
Нормальная сократимость ЖП n %	15 50,0%	23 76,7%	28 93,3%
Максимальное опорожнение ЖП у больных ББ %	52,8 ± 10,7	55,1 ± 13,2	56,9 ± 10,5
Максимальное опорожнение ЖП у б-х ФРЖП %	26,4 ± 5,4	43,2 ± 14,3 *	49,9 ± 9,3 *
Диаметр ОЖП (мм) n=15	8,2 ± 3,2	6,4 ± 5,6	6,0 ± 5,4

*** - различия по сравнению с исходными показателями достоверны**

Таблица 3
Результаты изучения моторной функции кишечника
(электрогастроэнтерография) n =30 (n)

Заключение ЭГЭГ	До лечения	После лечения
Гипермоторная дискинезия (ГМД) ж-ка и 12-пк	13	0
ГМД 12пк и тощей кишки	2	0
ГМД тощей кишки и подвздошной кишки	2	3
ГМД 12пк, тощей и подвздошной кишки	1	2
ГМД ж-ка, подвздошной и толстой кишки	8	1
ГМД подвздошной кишки	0	4
ГМД толстой кишки	0	1
Гипомоторная дискинезия толстой кишки	4	2
Всего		
Нарушение моторики	26 (86,7%)	13 (43,3%)
Норма	4 (13,3%)	17 (56,7%) *

* - различия по сравнению с исходными данными достоверны

4 Заключение по лечению

- Лечение миотропным спазмолитиком было проведено согласно рекомендаций Рим-IV (Нияспам относится к этой группе).
- Избранная функциональная патология является наиболее сложной, т.к. в её формировании участвуют: ЖП, протоки внепеченочные, печень и внутрипеченочные протоки, сфинктеры, желудок, 12-перстная к-ка, кишечник.

Обсуждение результатов лечения ФБР

- **Показано эффективное влияние лечения Ниаспамом на купирование клинической симптоматики, что достигается нормализацией сократительной способности ЖП, тонуса СО, и дискинезии кишечника. Это приводит к нормализации градиента давления и пассажа желчи. Об этом свидетельствует и общая эффективность лечения – боль купирована у 83,3%, сократительная способность ЖП восстановилась у 86,7%.**
- **Оценивая еще раз группу больных, у которых достичь эффекта по купированию боли не удалось (16,7%), мы установили, что часть из них вновь вернулись к исходной позиции (вернулись приступы печеночной колики, которые сопровождались расстройством стула (запоры)).**

Пример

- Больная Ш., 46 лет. Запоры появились 20 лет назад (провоцирующим фактором была беременность и роды). В течение 14 лет запоры (стул 1 раз в 3-4 дня). В лечении использовала питание (введение шлаков в рацион), затем слабительные разных групп (максимальный эффект от осмотических). : лет назад на пике запоров стали беспокоить боли в правом верхнем квадранте живота. Это явилось основанием к обследованию, которое установило дисфункцию ЖП со снижением его с сократительной способности. Колоноскопия заметной патологии толстой кишки не выявила. Изучение моторики толстой кишки в период «колики» установило признаки гипермоторной дисфункции толстой, тощей и 12-перстной к-ки. Это и явилось основанием для изменения градиента давления, нарушившего ток желчи.

Общее заключение

- Препарат Нияспам эффективен в лечении билиарной дисфункции и рекомендован к использованию в качестве препарата первой линии.
- Его эффективность распространяется на случаи сочетанной функциональной патологии - (кишечник – билиарная система)