

**С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ
АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ
ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ.С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА
ASFENDIYAROV KAZAKH NATIONAL
MEDICAL UNIVERSITY**

Дискинезия желчевыводящих путей. Римский консенсус IV

Выполнила: интерн Курбанова Перизат
Проверил: д.м.н., профессор Искаков Б.С.

Классификации РЖПСО 2016 год



Римские критерии IV (2016)

Е. Расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (РЖПСО):

Е1. Билиарная боль

Е1а. Функциональное билиарное пузырное расстройство (ФБПР).

Е1б. Функциональное расстройство билиарного сфинктера Одди (ФРБСО).

Е2. Функциональное расстройство панкреатического сфинктера Одди (ФРПСО).



Термин «дискинезии желчевыводящих путей» (ДЖВП) подразумевает расстройства их моторики в результате аномальной двигательной функции ЖП (нарушение опорожнения) и/или СО (повышенный тонус).

Дискинезия характеризуется измененным тонусом СО, дискоординированным сокращением желчных протоков и уменьшением опорожнения желчной системы. У пациентов с ДЖВП при проведении инструментальной диагностики обычно не наблюдают желчных камней.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ



Различают первичные и вторичные ДЖВП

Первичная ДЖВП наблюдается при отсутствии органических изменений со стороны ЖП и внепеченочных желчных протоков. При этом снижение сократительной функции ЖП может быть связано как с уменьшением мышечной массы, так и со снижением чувствительности рецепторного аппарата к нейрогуморальной стимуляции.

Один из причин ДЖВП, дискинезий психогенные факторы, «соматовегетативных расстройств»: неврозов, депрессий, реже психических заболеваний. Большое значение в патологии имеют стрессовые факторы, отрицательные эмоции, формирующие очаги «застойного» возбуждения в гипоталамусе, ретикулярной формации.



Нарушение подвижности нервных процессов в коре головного мозга приводит к ослаблению регуляции высших вегетативных центров, расстройству нейрогуморальных регуляторных механизмов, а затем и к нарушению моторики ЖВП. Длительная первичная ДЖВП может обусловить застой желчи в ЖП, что нарушает ее коллоидную стабильность и способствует возникновению воспалительного процесса и камнеобразования в билиарной системе.

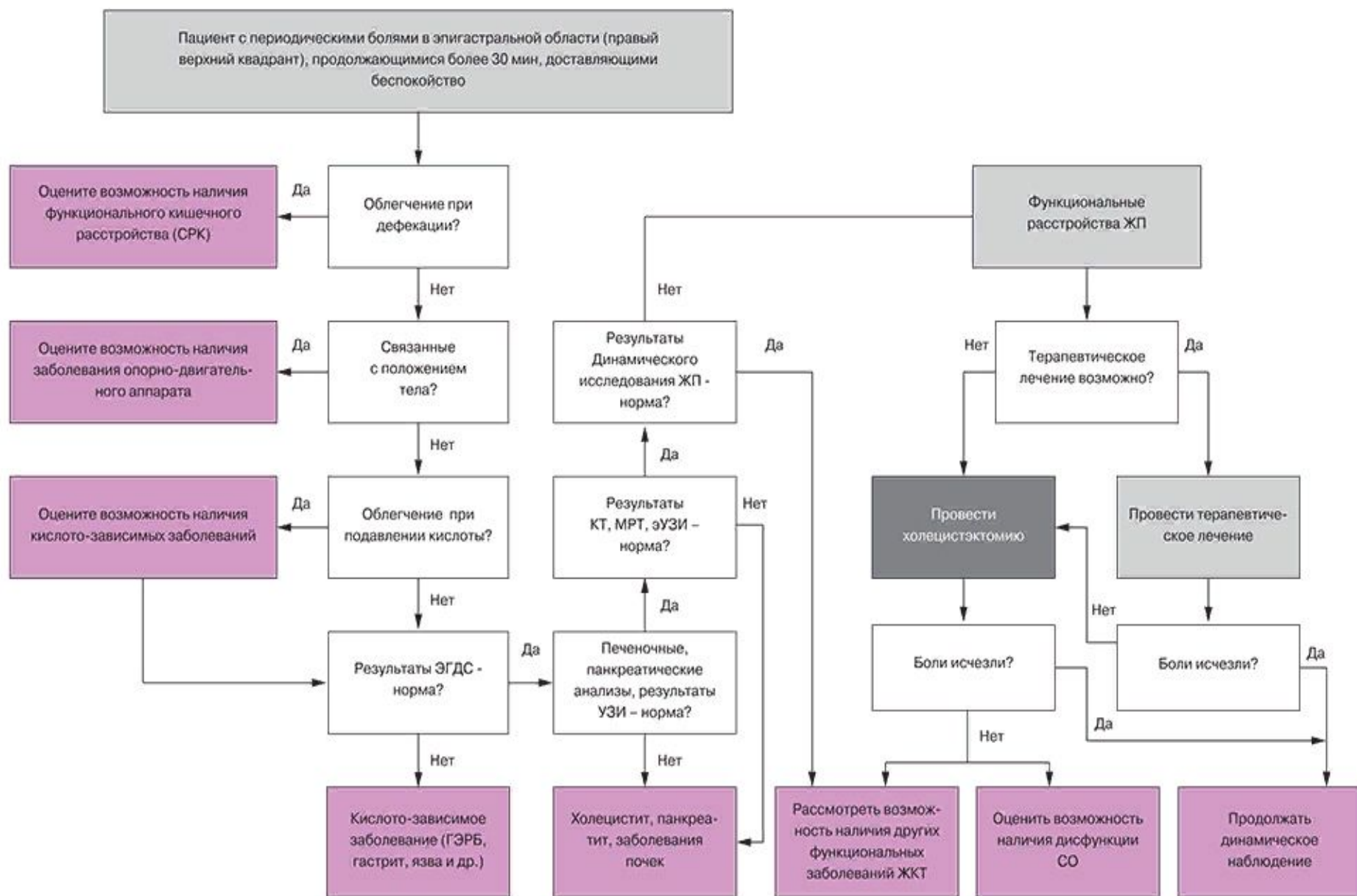
Вторичные ДЖВП также могут наблюдаться при гормональных расстройствах: лечении соматостатином, при синдроме предменструального нарушения, беременности, после резекции желудка, наложения анастомозов, ваготомии, системных заболеваниях, целиакии, диабете, гепатите, циррозе печени,

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ



Основным клиническим симптомом, характеризующим ДЖВП, является абдоминальная боль разной интенсивности: от ощущения дискомфорта до выраженной «билиарной» боли, которая локализуется в эпигастрии или правом верхнем квадранте живота. Боли могут иррадиировать в спину, в правую подлопаточную область, шею.

Рис. 3. Алгоритм дифференциальной диагностики при болях в правом квадранте живота. Адаптировано с изменениями из [10])



Обозначения: СРК – синдром раздраженного кишечника, ЖП – желчный пузырь, ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия, ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, КТ – компьютерная томография, МРТ – магнитно-резонансная томография, эУЗИ – эндоскопическое ультразвуковое исследование, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт, СО – сфинктер Одди

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖП



Консенсус IV выделяет следующие основные диагностические критерии:

E1. Билиарная боль проявляется в эпигастрии и/или правом верхнем квадранте:

1. Восстанавливается до устойчивого уровня и длится 30 мин. или дольше.
2. Появляется с различными интервалами (не ежедневно).
3. Боли (умеренные или сильные) могут нарушать повседневную активность и нередко являются основанием для госпитализации.
4. Не существенно (<20%) связанные с моторикой кишечника.
5. Незначительно (<20%) уменьшаются с помощью изменения положения тела или кислотной супрессии.



Вспомогательные критерии:

Боль может ассоциироваться с:

1. Тошнотой и рвотой.
2. Иррадиацией в спину и / или в правую подлопаточную область, шею.
3. Пробуждением от сна.

Функциональное расстройство ЖП (E1a):

1. Билиарная боль.
2. Отсутствие желчных камней или другой структурной патологии.

Вспомогательные критерии:

1. Низкая фракция выброса ЖП на сцинтиграфии.
2. Нормальные ферменты печени, билирубин и отношение амилазы/липазы.



В связи с тем, что диагноз, в первую очередь, ставится методом исключения, то его достоверность зависит от точности и информативности методов исследования. УЗИ является обычным первичным исследованием, но эУЗИ является более чувствительным методом для обнаружения небольших камней и билиарного сладжа, а также может обнаружить небольшие опухоли и изменения при хроническом панкреатите.



При сборе анамнеза особое значение придается оценке характера болевого синдрома:

- характер боли (ноющая, схваткообразная, колющая, режущая);
- иррадиация боли;
- причины возникновения;
- чувство тяжести в правом подреберье или в эпигастральной области;
- длительность болевого синдрома;
- чем сопровождается боль (тошнотой, рвотой, иногда с примесью желчи);
- от чего проходит.



При обследовании больного необходимо исключить симптомы воспаления ЖП:

- симптом Мерфи - непроизвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья;
- симптом Кера – боль при вдохе во время пальпации правого подреберья;
- симптом Ортнера – болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги;
- симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) – болезненность при надавливании пальцем между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Инструментальное обследование:



- ✓ УЗИ печени, ЖП, поджелудочной железы;
- ✓ фракционное хроматическое дуоденальное зондирование с микроскопическим и биохимическим исследованием желчи;
- ✓ пероральная и внутривенная холецистография;
- ✓ сцинтиграфия ЖП и ЖВП;
- ✓ чрезкожная чрезпеченочная холангиография – с помощью иглы Хиба под контролем УЗИ пунктируется желчный проток и затем вводится водорастворимый контраст;
- ✓ эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с манометрией СО - позволяет выявить холедохолитиаз, стриктуры СО, первичный склерозирующий холангит;
- ✓ компьютерная томография – для диагностики опухолей ЖП, метастазов.

ЛЕЧЕНИЕ ДЖВП



Симптомы, свидетельствующие о ДЖВП, часто разрешаются спонтанно, поэтому раннее вмешательство необоснованно. Пациенты могут ответить на фармакотерапию с применением таких препаратов как спазмолитики, нейромодуляторы или урсодезоксихолевая кислота (Гринтерол), которая оказывает воздействие как минимум на 3 звена формирования билиарной дисфункции: уменьшает синтез холестерина в гепатоцитах, повышает экскрецию холестерина с желчью, восстанавливает сократительную функцию желчного пузыря , хотя их эффективность не была доказана в достаточной степени. Холецистэктомия обоснована в случаях, когда эти методы не помогают, а у пациента выявляются серьезные симптомы



В терапии гипофункции ЖП могут использоваться препараты с прокинетическим действием, селективные блокаторы кальциевых каналов и миотропные спазмолитики. Действие этих препаратов, как правило, имеет опосредованный характер (уменьшается либо тонус СО, либо давление в двенадцатиперстной кишке) и дозозависимо, что требует подбора эффективной дозы. В лечении дискинезии ЖП при его нарушенной сократимости применяют диету с достаточным содержанием овощей и лекарственные препараты с холеретическим действием. А при наличии клинических симптомов и неэффективности других методов лечения, в Консенсусе IV, рекомендуется проведение холецистэктомии.

Гиперкинетическая дискинезия ДЖВП

1. Седативная терапия: натрия бромид, персен, настойка валерианы, седуксен, тазепам и другие транквилизаторы
2. Холеретики: конвафлавин, холезим, никодин, оксафенамид, аллохол, берберин и др.
3. Гидрохолеретики: уротропин, салициловый натрий, минеральные воды низкой минерализации (Смирновская, Славяновская, Ессентуки N4 и N20) 3 мл/кг массы в сутки
4. Физиотерапия: тепловые процедуры: парафиновые и озокеритовые аппликации, диа и индуктотермия, электрофорез папаверина, платифиллина, дибазола
4. Лекарственные травы: барбарис обыкновенный, бессмертник, кукурузные рыльца, мята перечная

Гипокинетическая дискинезия ДЖВП

1. Тонизирующая терапия: экстракт алое, настойка женьшеня, пантокрин, элеутерококк
 2. Холекинетики: магнезия сульфат, сорбит, ксилит, маннит, сырой яичный желток, растительные масла
 3. Гидрохолеретики: минеральные воды высокой минерализации: Ессентуки 17, Нафтуса, Арзни, Баталинская, газированные в холодном виде.
 4. Физиотерапия: фарадизация правого диафрагмального нерва, гальванизация желчного пузыря, диадинамотерапия
- Лекарственные травы с холекинетическим действием: рябина обыкновенная, цветки ромашки, трава золототысячника и сборы из них

ЛИТЕРАТУРА



- Журавлёва Л.В., Моисеенко Т.А., Филоненко М.В., Журавлёва А.К. Расстройства желчного пузыря и сфинктера одди в римских критериях IV: диагностические возможности, или в поисках золотого стандарта // Вестник клуба панкреатологов-2017-№4 (37)-С. 53-64
- Т.Е.+Полунина ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ. РИМСКИЙ КОНСЕНСУС IV / ТЕРАПИЯ 2017-№6 (16)-С16.28
- ПРОФ.Ю.В.БЕЛОУСОВА Заболевания желчевыводящих путей