

# Дискинезия билиарной системы.



Сарткозиева А  
4 курс,4 группа

- **Дискинезия желчевыводящих путей (синонимы – билиарная дисфункция, функциональные расстройства билиарного тракта)** – группа функциональных болезней, возникновение которых обусловлено двигательными расстройствами билиарного (желчевыводящего) тракта.

- Образующаяся в печени желчь у здорового человека попадает в печеночные протоки (левый и правый), затем в главный печеночный проток, в конце которого имеется клапан – сфинктер Миррицци (он отделяет главный печеночный проток от холедоха). Желчь накапливается и концентрируется в пузыре в межпищеварительном периоде. При употреблении какой-либо пищи под воздействием гормональных и нервных сигналов пузырь сокращается, а скопившаяся в нем желчь попадает через открывшийся сфинктер Люткенса в пузырный проток, а потом в холедох (общий желчный проток), а из него через сфинктер Одди уже в двенадцатиперстную кишку.

- Возможные моторные нарушения включают изменения сократительной способности желчного пузыря (его наполнения желчью или опорожнения) и клапанного (сфинктерного) аппарата желчных протоков. Желчными сфинктерами являются клапаны Люткенса, Миррицци и Одди. Из всех них дискинезия чаще выявляется в работе сфинктера Одди (фиброзно-мышечный клапан печечно-поджелудочной ампулы), который регулирует попадание желчи и панкреатического сока в просвет двенадцатиперстной кишки. Продолжительные дискинетические нарушения желчевыводящих путей могут послужить причиной для желчнокаменной болезни, панкреатита, холециститов. Заболевание может проявляться в любых возрастных группах и отличается волнообразным течением. Как правило, среди пациентов преобладают женщины.

# Причины

- К их развитию могут приводить: аномалии внутриутробного развития билиарного тракта;
- психоэмоциональные стрессы;
- погрешности диеты (неупорядоченное питание, избыток жирного и др.);
- паразитарные заболевания (описторхоз, лямблиоз и др.);
- болезни билиарного тракта (холециститы, желчнокаменная болезнь, холангиты);
- постоперационные расстройства (постхолецистэктомический синдром, состояния после ваготомии, желудочной резекции и др.);
- печеночные заболевания (цирроз, гепатиты разного происхождения и др.);
- язвенная болезнь;

- сахарный диабет;
- предменструальный синдром;
- беременность;
- миотония;
- гипотиреоз;
- целиакия;
- ожирение;
- гормональноактивные опухоли;
- лечение соматостатином
- ; употребление гормональных контрацептивов;
- излишние физические нагрузки; бег или быстрая ходьба;
- пищевая аллергия.

# Патогенез

- В основе формирования нарушений двигательной координации билиарного тракта находятся следующие механизмы:
- расстройства вегетативной или центральной нервной регуляции;
- патологические рефлексы от других участков пищеварительного тракта (например, при воспалительных процессах);
- гормональные сдвиги (дисбаланс выработки половых гормонов, гастрина, холецистокинина, энкефалинов, ангиотензина, глюкагона и др.).

# Классификация

- 1) Практикующие доктора пользуются разными классификациями билиарных дисфункций. По своему местонахождению они делятся на:
  - дисфункцию сфинктера Одди (3 типа панкреатический, билиарный, сочетанный);
    - дисфункцию желчного пузыря.
- 2) В зависимости от своего происхождения различают
  - первичные (без органических нарушений внепеченочных компонентов желчной системы)
  - вторичные дисфункции.
- 3) По функциональным нарушениям определяют следующие формы билиарной дисфункции:
  - гипертонически-гиперкинетическую;
  - гипотонически-гипокинетическую.

# Клиника

- болевой синдром;
- диспепсический синдром;
- невротический синдром.

- Болевые ощущения могут варьировать в зависимости от типа дискинезии. Так, при гипотонически-гипокинетическом варианте они находятся в зоне правого подреберья, имеют тянущий, тупой характер, довольно продолжительны, уменьшаются после еды, желчегонных препаратов или растительных сборов, дуоденального зондирования. Гипертонически-гиперкинетический тип проявляется схваткообразными (иногда достаточно интенсивными), кратковременными болями, которые нередко провоцируются пищей, а затихают в тепле или после употребления спазмолитиков. При дисфункциях сфинктера Одди повторяющиеся (на протяжении не менее трех месяцев) болевые приступы очень напоминают желчную колику (билиарный тип) или панкреатические боли (панкреатический тип). Они могут возникать после еды или ночью.

- Диспепсические симптомы, присущие билиарным дисфункциям, включают тошноту с рвотой (чаще сопровождают болевой приступ), горький привкус, расстройства стула, отрыжку, потерю аппетита, вздутие живота.
- Кроме того, такие пациенты часто подвержены резким перепадам настроения (оно снижено по утрам), они излишне тревожны, фиксированы на своем состоянии, обидчивы, вспыльчивы, раздражительны, имеют нарушения сна.

- При осмотре пациентов доктор может предположить наличие билиарных дискинезий, если при пальпации и простукивании живота выявляются болезненность и зоне правого подреберья и положительные желчные симптомы (Кера, Мюсси-Георгиевского, Ортнера, Василенко, Мерфи и др.).

# Лабораторные данные

- биохимические тесты (оцениваются уровни трансаминаз, панкреатических ферментов, желчных пигментов, при дисфункции сфинктера Одди возможно двукратное повышение щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ во время болей);
- провокационные пробы (морфинхолеретиковый, морфиннеостигминовый, с холецистокинином, с яичными желтками и др., которые стимулируют сократительную активность желчного пузыря или сфинктеров и провоцируют болевой приступ);

# Инструментальные методы

- УЗИ (оценивает величину желчного пузыря, толщину его стенок, характер содержимого, исключает наличие камней, полипов, новообразований, диаметр желчных путей, иногда традиционную ультрасонографию сочетают с провокационными тестами);
- гепатохолецистографию (радиоизотопное исследование с технецием демонстрирует темпы и степень захвата введенного радиоизотопа печенью из крови, его выведение в желчь, последовательное поступление желчный пузырь, внепеченочные желчевыводящие пути, затем в двенадцатиперстную кишку, позволяет выявить и определить форму билиарной дискинезии);
- фиброэзофагогастродуоденоскопию (косвенным показателем билиарной дисфункции считают отсутствие желчи в полости двенадцатиперстной кишки, эндоскопическое исследование исключает органические изменения в зоне большого дуоденального соска – рубцы, опухоли и др.);
- дуоденальное зондирование (сейчас применяется редко, позволяет верифицировать дискинезию и определить ее форму, обнаружить изменения коллоидного баланса желчи);

- рентгенологические исследования (холецистография, холангиография позволяют оценить структуру, концентрационную функцию и сократительную способность желчных путей и желчного пузыря);
- МРТ-холангиопанкреатография (бесконтрастный метод с высокой информативностью, оценивает состояние и функции как внутри-, так и внепеченочных желчевыводящих протоков, желчного пузыря);
- эндоскопическая манометрия сфинктера Одди (при дисфункции регистрируется эпизодическое или стабильное увеличение базального давления свыше 40 мм. рт.ст.);
- ЭРХПГ (эндоскопическая процедура – ретроградная холангиопанкреатография является высокоинформативной, но сложной процедурой, поэтому ее осуществляют редко и только по показаниям).

# Лечение

- диетотерапия;
- фармакотерапия;
- физиотерапевтические процедуры;
- фитотерапия;
- хирургические методики.

# Диетотерапия

- дробность приемов пищи (регулярное попадание еды в пищеварительный тракт противодействует застою желчи, поэтому оптимальным считается питание через каждые 4 часа);
- пищу нужно употреблять небольшими порциями, так как переедание может усилить гипотонус и спровоцировать боль; отказ от излишне холодных напитков и блюд (иначе может возникнуть или усиливаться спазм сфинктера Одди);
- сбалансированное соотношение и содержание базовых питательных веществ (углеводов, белков, жиров), соответствующее энергетическим затратам конкретного пациента и его возрастным нормам;
- при серьезном застое желчи на три недели иногда назначают диету с повышенной квотой растительных жиров;
- разрешенные блюда отваривают и/или готовят на пару, при переносимости тушат и запекают;

- половина белков рациона должна быть животного происхождения (рыба, морепродукты, яйца, мясо, молочные продукты обеспечивают повышение холатов желчи вместе с одновременным понижением холестерина, поэтому препятствуют камнеобразованию);
- ограничение животных тугоплавких жиров (бараньего, говяжьего, утиного, свиного, гусиного, осетрины и др.), жареных блюд;
- активное использование растительных масел: хлопкового, оливкового, соевого, подсолнечного и др. (они повышают как желчеобразование, так и желчеотделение, содержащиеся в них полиеновые жирные кислоты благотворно влияют на холестериновый обмен и стимулируют моторику гладких мышц желчного пузыря), их добавляют в уже готовые блюда;
- достаточное количество неперевариваемой клетчатки, которой много в злаковых, ягодах, отрубях, овощах, фруктах (она уменьшает давление в двенадцатиперстной кишке, улучшая этим отток желчи по протокам в кишечник);
- включение овощных соков (огуречного, редечного, морковного и др.), значительно усиливающих продукцию желчи;

- исключение продуктов с большим содержанием эфирных масел (чеснок, редис и др.), копченостей, острых приправ (горчицы, хрена и др.), солений, маринадов;
- отказ от алкогольсодержащих напитков;
- при гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии показана диета с повышенным количеством растительных масел и клетчатки, а в случае гипертонически-гиперкинетического варианта назначают питание с ограничением холекинетических продуктов (яичных желтков и др.) и непременно включением магнийсодержащих продуктов (пшено, гречка, овощи, пшеничные отруби).

# Фармакотерапия

- Выбор эффективных медикаментозных средств основан на виде установленной дискинезии. Так, если у пациента диагностирована гипотонически-гипокинетическая форма, то ему будут показаны:
- прокинетики, позитивно влияющие на двигательную активность (итоприд, метоклопрамид, домперидон);
- общетонизирующие (элеутерококк, настойки женьшеня, лимонника, аралии и др.);
- желчегонные:
- холеретики – стимуляторы выработки печенью желчи (аллохол, лиобил, хологон, циквалон, оксафенамид, холонертон, холосас, фламин, хофитол, холафлукс, холензим, никодин, гепабене и др.);
- холекинетики – стимуляторы желчевыделения (берберин, ксилит, магния сульфат, сорбит и др.).

# Физиотерапия

- Арсенал физиотерапевтических методик может значительно облегчить жизнь пациентов с билиарными дискинезиями. Грамотно подобранные процедуры:
- уменьшают боль;
- устраняют спазм гладкой мускулатуры;
- нормализуют тонус желчных сфинктеров и желчного пузыря;
- стимулируют сократительную способность желчного пузыря.

# Фитотерапия

- Многие растения способны активизировать желчеобразовательную способность печени, отрегулировать двигательную функцию сфинктерного аппарата и желчных протоков. Они применяются в виде настоев, отваров, экстрактов или сиропов.
- К таким естественным природным желчегонным относятся дымянка аптечная, расторопша, корень куркумы, бессмертник, петрушка, кукурузные рыльца, тмин, пижма, листья вахты трехлистной, корень с листьями одуванчика, тысячелистник, цикорий, мята перечная, шиповник, чистотел, барбарис, ревуха, чертополох и др.
- Холеспазмолитическим эффектом могут обладать корни валерианы и солодки, ромашка, укроп, трава пустырника, шалфея остепненного, Melissa лекарственной, зверобоя.

# Профилактика

- регулярное питание,
- соответствующее изложенным выше требованиям;
- избегать психоэмоциональных перегрузок;
- нормализация режима труда;
- отказаться от табакокурения;