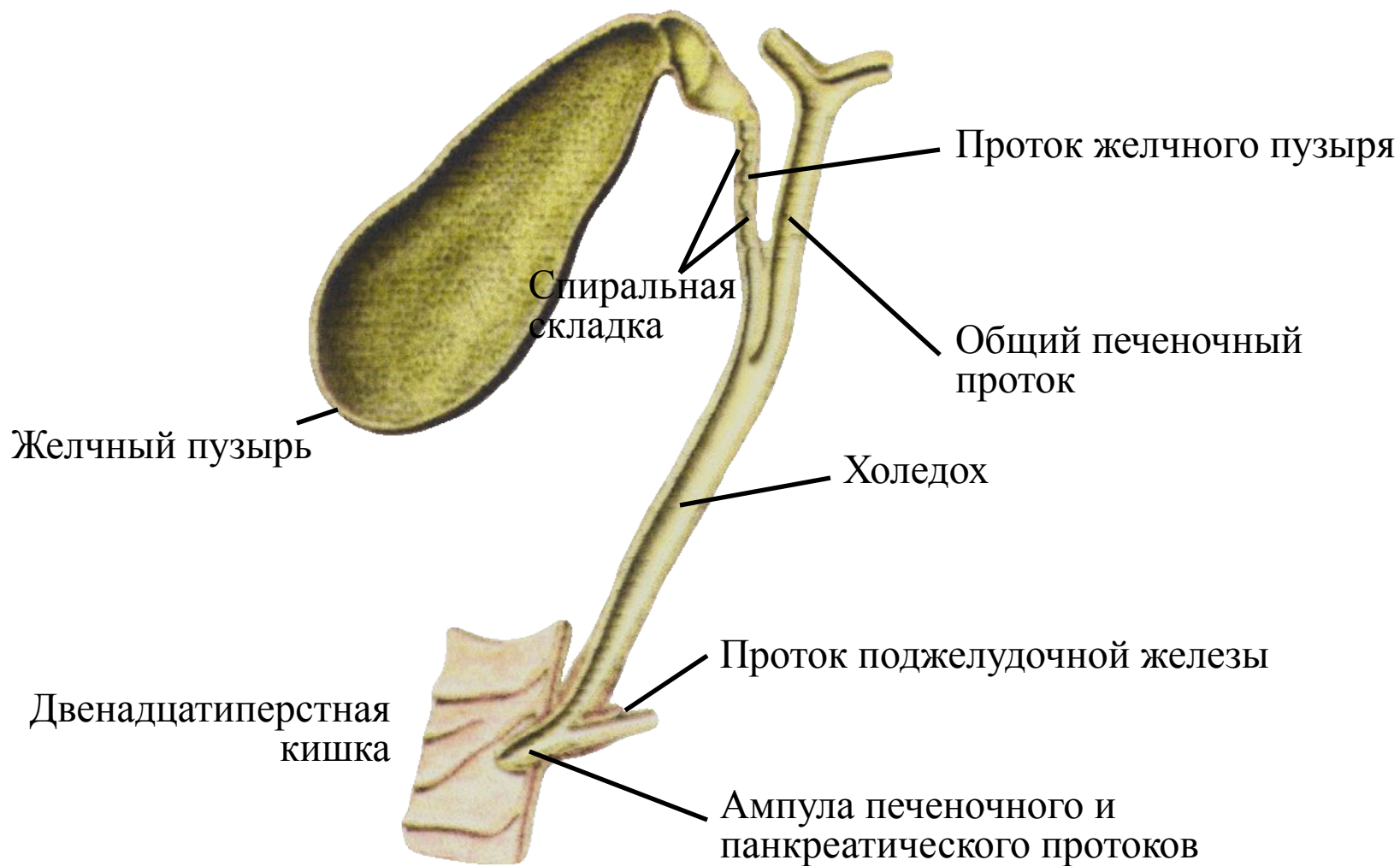




ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИЛИАРНОГО ТРАКТА

**ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России
Кафедра госпитальной терапии
к.м.н., доцент Смагина Н.В.**

Билиарный тракт



Эффекты желчи в пищеварительной системе

1. Участие в процессах пищеварения

Участие в гидролизе нейтрального жира, стимуляция функции поджелудочной железы (за счет желчных кислот).

■ 2. Активизация моторной функции кишечника

- Прямой эффект желчных кислот на моторику кишки
- Опосредованный эффект - повышение тока жидкости в просвет кишки и повышение внутрипросветного объема и давления.

■ 3. Предупреждение избыточного бактериального роста в кишечнике

- Прямой бактерицидный эффект желчных кислот.

■ 4. Всасывание жирорастворимых витаминов

Заболевания билиарного тракта

- Дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди
- Воспалительные и паразитарные поражения билиарной системы
- Желчнокаменная болезнь (холециститиаз, холедохолитиаз)
- Доброкачественные и злокачественные образования билиарной системы .
- Холестероз желчного пузыря

ПЕРВИЧНЫЕ ДИСКИНЕЗИИ

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА ПОЧВЕ РАССТРОЙСТВА НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИХ НАРУШЕНИЕ ОТТОКА ЖЕЛЧИ ИЛИ СЕКРЕТА ПЖ В 12-ПЕРСТНУЮ КИШКУ ПРИ ОТСУТСТВИИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПРЕПЯТСТВИЙ.

КЛАССИФИКАЦИЯ


- В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И СФИНКТЕРА ОДДИ. ДИСФУНКЦИИ МОГУТ БЫТЬ ПЕРВИЧНЫМИ И ВТОРИЧНЫМИ.

ВТОРИЧНЫЕ ДИСКИНЕЗИИ -


ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ВОЗНИКАЮЩИЕ РЕФЛЕКТОРНО ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ – ПРЯМАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ИХ КЛИНИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДИСКИНИЗИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ


НЕРЕДКО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ И ОДНИМ ИЗ МЕСТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОБЩЕГО НЕВРОЗА, ДИЭНЦЕФАЛЬНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА, ГОРМОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ (ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ), САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ПЕРЕНЕСЕННОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА И ДРУГИХ ИНФЕКЦИЯХ.




**СУЩЕСТВУЕТ МНЕНИЕ, ЧТО РАЗЛИЧНЫЕ АНОМАЛИИ
РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ
ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ ДИСКИНЕЗИИ.**



ПОДЧЕРКИВАЕТСЯ СВЯЗЬ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ, КОТОРАЯ ЯВЛЯЕТСЯ МОЩНОЙ РЕФЛЕКСОГЕННОЙ ЗОНОЙ, УЧАСТВУЮЩЕЙ В РЕГУЛЯЦИИ МОТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ.




**ОСОБЕННО ОПАСЕН ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ ТИП ДИСКИНЕЗИИ
ДПК, ВЫЗЫВАЮЩИЙ СПАСТИЧЕСКОЕ СОКРАЩЕНИЕ
СФИНКТЕРА ОДДИ С ПРЕПЯТСТВИЕМ ДЛЯ ОТТОКА ЖЕЛЧИ.**



**ВАЖНУЮ РОЛЬ ОТВОДЯТ СТЕНОЗИРУЮЩЕМУ
ДУОДЕНАЛЬНОМУ ПАПИЛЛИТУ КАК ВТОРИЧНОМУ ЯВЛЕНИЮ
ПРИ ОСТРОМ ИЛИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОНКРЕАТИТЕ
(ОБОСТРЕНИЕ), ЯЗВЕ ДПК.**

**ВОСПАЛЕНИЕ ФАТЕРОВА СОСКА ЗДЕСЬ СВЯЗАНО С ЕГО
ТРАВМАТИЗАЦИЕЙ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ.**



С ДРУГОЙ СТОРОНЫ, ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ И ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ОЧЕНЬ ЧАСТО ВОВЛЕКАЮТСЯ В ПРОЦЕСС ПРИ ПОРАЖЕНИИ ФАТЕРОВА СОСКА И СФИНКТЕРА ОДДИ.


ВОЗМОЖЕН И ПЕРВИЧНЫЙ СТЕНОЗ ФАТЕРОВА СОСКА, РАССМАТРИВАЮЩИЙСЯ НА СЕГОДНЯ КАК ПОРОК РАЗВИТИЯ БИЛИАРНО-ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ.

ГИПЕРМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ

ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ОТСУТСТВУЮТ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ, ПОВЫШЕНА ДВИГАТЕЛЬНАЯ И СНИЖЕНА КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВЫЧИСЛЯЕТСЯ ПО СООТНОШЕНИЮ КОНЦЕНТРАЦИИ БИЛИРУБИНА В ПУЗЫРНОЙ ПОРЦИИ К КОНЦЕНТРАЦИИ БИЛИРУБИНА В ПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРЦИИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЖЕЛЧИ).


ГИПОМОТОРНАЯ ДИСКИНЕЗИЯ

**СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ ПРИЗНАКОВ
ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ, СНИЖЕНИЕМ
ДВИГАТЕЛЬНОЙ И ПОВЫШЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ
ФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.**



**ЗНАЧИТЕЛЬНУЮ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ
ДИСФУНКЦИОНАЛЬ-НЫХ РАССТРОЙСТВ ИГРАЮТ ПСИХО-
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ - ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАГРУЗКИ,
СТРЕССОВЫЕ СИТУАЦИИ.**

**ВЛИЯНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ФУНКЦИЮ ЖЕЛЧНОГО
ПУЗЫРЯ РЕАЛИЗУЕТСЯ С УЧАСТИЕМ КОРКОВЫХ И
ПОДКОРКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ С НЕРВНЫМИ ЦЕНТРАМИ
ПРОДОЛГОВА-ТОГО МОЗГА, ГИПОТАЛАМУСА И ЭНДОКРИННОЙ
СИСТЕМЫ.**




**НАРУШЕНИЕ ПРОДУКЦИИ ХЦК ПЗ И ДРУГИХ
НЕЙРОПЕПТИДОВ, НЕДОСТАТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
ТИРЕОИДИНА, ОКСИТАЦИНА, КОРТИКОСТЕРОИДОВ И
ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ ПРИВОДИТ К ИЗМЕНЕНИЮ ТОНУСА
ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И СФИНКТЕРОВ
ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.**

ДИАГНОСТИКА

СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ТОМ, ЧТО ОНИ ЯВЛЯЮТСЯ ДИАГНОЗОМ ИСКЛЮЧЕНИЯ, А КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ВХОДЯЩИЕ В ПЕРЕЧЕНЬ «РИМСКИХ КРИТЕРИЕВ» НЕСПЕЦИФИЧНЫ И МОГУТ НАБЛЮДАТСЯ ПРИ МНОГИХ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ.



В ТОЖЕ ВРЕМЯ, МНОГООБРАЗИЕ ЖАЛОБ (СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ, РАССТРОЙСТВАМИ СНА И ДРУГИМИ ВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ);

ИЗМЕНЧИВЫЙ ХАРАКТЕР ЖАЛОБ;

СВЯЗЬ УХУДШЕНИЯ САМОЧУВСТВИЯ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ, ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ДЕЛАЮТ ДИАГНОЗ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ВЕСЬМА ВЕРОЯТНЫМ.

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

СКРИНИНГ – ТЕСТЫ


- **БИОХИМИЯ КРОВИ ПО ПЕЧЕНОЧНОМУ КОМПЛЕКСУ**
- **УРОВЕНЬ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В КРОВИ И МОЧЕ.**
- **ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ**
- **УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

2. УТОЧНЯЮЩИЕ ТЕСТЫ

- **УЗИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ С ОЦЕНКОЙ ЕЁ ФУНКЦИИ**
- **ГЕПАТОСЦИНТИГРАФИЯ.**

ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ

В СИТУАЦИЯХ, ГДЕ УЗИ НЕ ДАЁТ ЧЕТКОЙ ФОРМЫ. КОНТРАСТ, СОДЕРЖАЩИЙ ЙОД, ВСАСЫВАЯСЬ В КИШЕЧНИКЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ В СОСТАВЕ ЖЕЛЧИ. В НОРМЕ ЧЕРЕЗ 10-15 ЧАСОВ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ – ОТЧЕТЛИВАЯ ТЕНЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (СОХРАННАЯ КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ). ПРИ ЕЁ ОТСУТСТВИИ (ТЕНИ) – НАРУШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ИЛИ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА. ЗАТЕМ ДАЁТСЯ РАЗДРАЖИТЕЛЬ И ДЕЛАЕТСЯ СЕРИЯ СНИМКОВ



**Ежегодно в России выполняется
до **100 000** холецистэктомий**

Холецистэктомия – «ЗОЛОТОЙ
стандарт**» лечения
желчнокаменной болезни**


Международные рекомендации по отбору пациентов с ЖКБ для хирургического лечения (Программа Euricterus)

Кол-во баллов	Клиническая ситуация	Кол-во баллов	Основные характеристики	Сумма баллов
1	Нет симптомов	1	Камни желчного пузыря (ЖП)	2
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	3
2	Есть симптомы	1	Камни ЖП	3
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	4
		3	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП + дилатация холедоха	5
3	Желчная колика	1	Камни ЖП	4
		2	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП	5
		3	Камни ЖП + нефункционирующий ЖП + дилатация холедоха	6

Международные рекомендации по отбору пациентов с ЖКБ для хирургического лечения (Программа Euricterus)

Кол-во баллов	Клиническая ситуация	Кол-во баллов	Основные характеристики	Сумма баллов
4	Острый холецистит	1	Камни ЖП	5
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	6
5	Острый панкреатит	1	Камни ЖП	6
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	7
6	Рецидивирующий панкреатит	1	Камни ЖП	7
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	8
7	Обтурационная желтуха	1	Камни ЖП	8
		2	Камни ЖП + любые другие характеристики	9

Примечание. Для выбора тактики ведения больных суммируются баллы разделов «Клиническая ситуация» и «Основные характеристики». При сумме баллов: 1-2 – операция не рекомендуется, 3-4 – показания к операции относительные, 5 и выше – показания к операции абсолютные.



**У 20-40% больных после холецистэктомии
сохраняются или появляются жалобы
гастроэнтерологического характера**

Патологические состояния, выявляемые после холецистэктомии

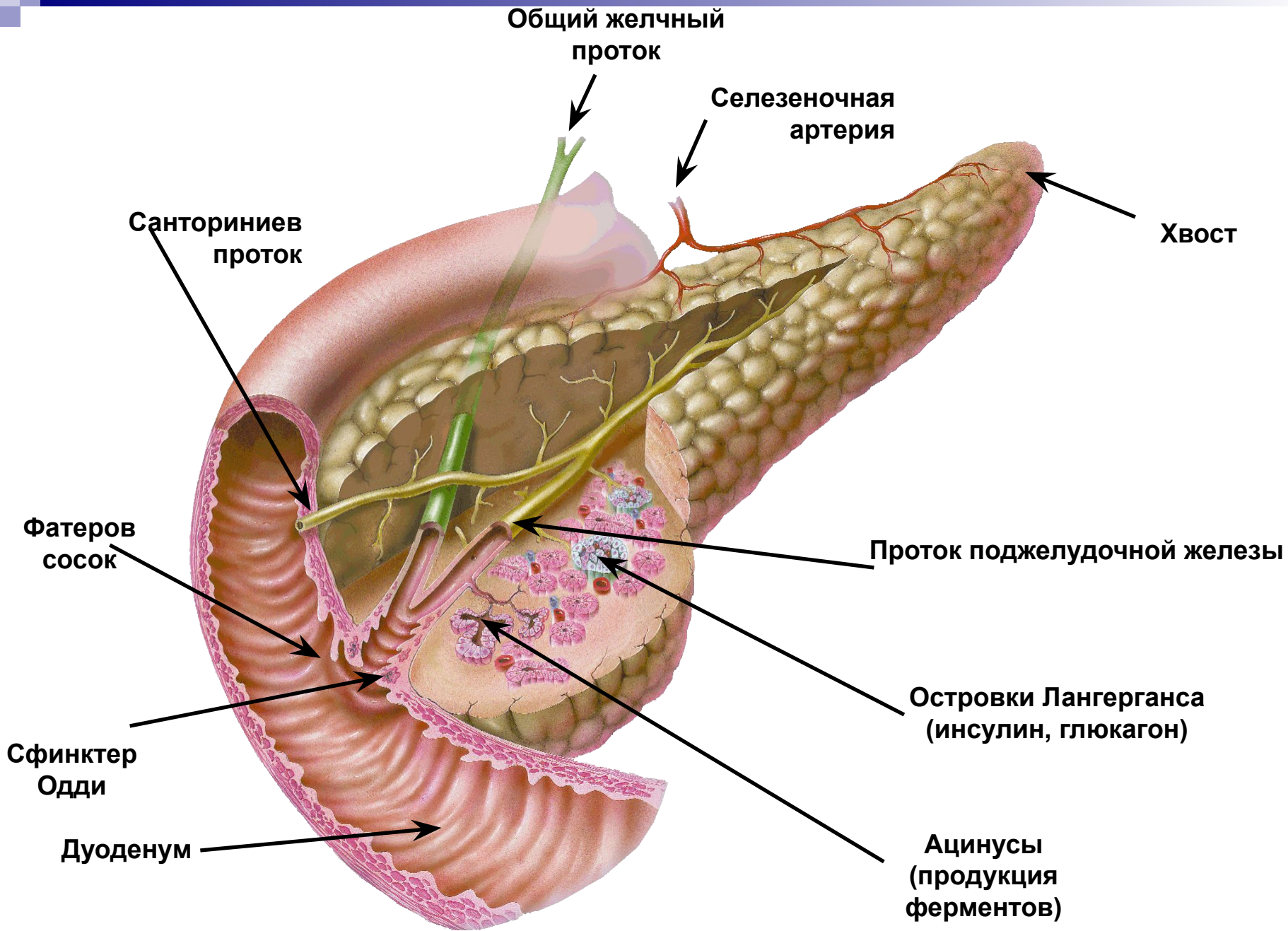
- **Наличие дисфункции сфинктера Одди при отсутствии структурных изменений билиарной системы**
- **Билиарная гипертензия с холестазом и наличием воспаления**
- **Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта**

Сопутствующие заболевания ЖКТ, имеющиеся до холецистэктомии или развившиеся после нее:

- **Хронический панкреатит (60-65%)**
- **Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки (30-40%)**
- **ГЭРБ (45-50%)**
- **Активный гастродуоденит (35-45%)**
- **Дискинезия тонкой и\или толстой кишки (40-80%)**

“Постхолецистэктомический синдром”

- **Термином постхолецистэктомический синдром принято обозначать дисфункцию сфинктера Одди, обусловленную нарушением его сократительной функции, препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий (Римский консенсус II, 1999 г.)**



ДСО при патологии билиарного тракта выявляется:

- **После холецистэктомии (чаще при удалении функционирующего пузыря)**
- **При хроническом идиопатическом рецидивирующем панкреатите**
- **При наличии приступов билиарных болей у больных с отсутствием структурных изменений желчного пузыря и билиарных протоков**

Критерии диагностики ДСО

1. Приступообразные боли билиарного или панкреатического типа, продолжительностью более 20 минут, повторяющиеся в течение 3 месяцев и более
2. Транзиторное повышение уровня aminотрансфераз, щелочной фосфатазы и/или панкреатических ферментов в период болевых приступов
3. Умеренное расширение холедоха при отсутствии структурных изменений билиарной системы
4. Наличие в анамнезе холецистэктомии

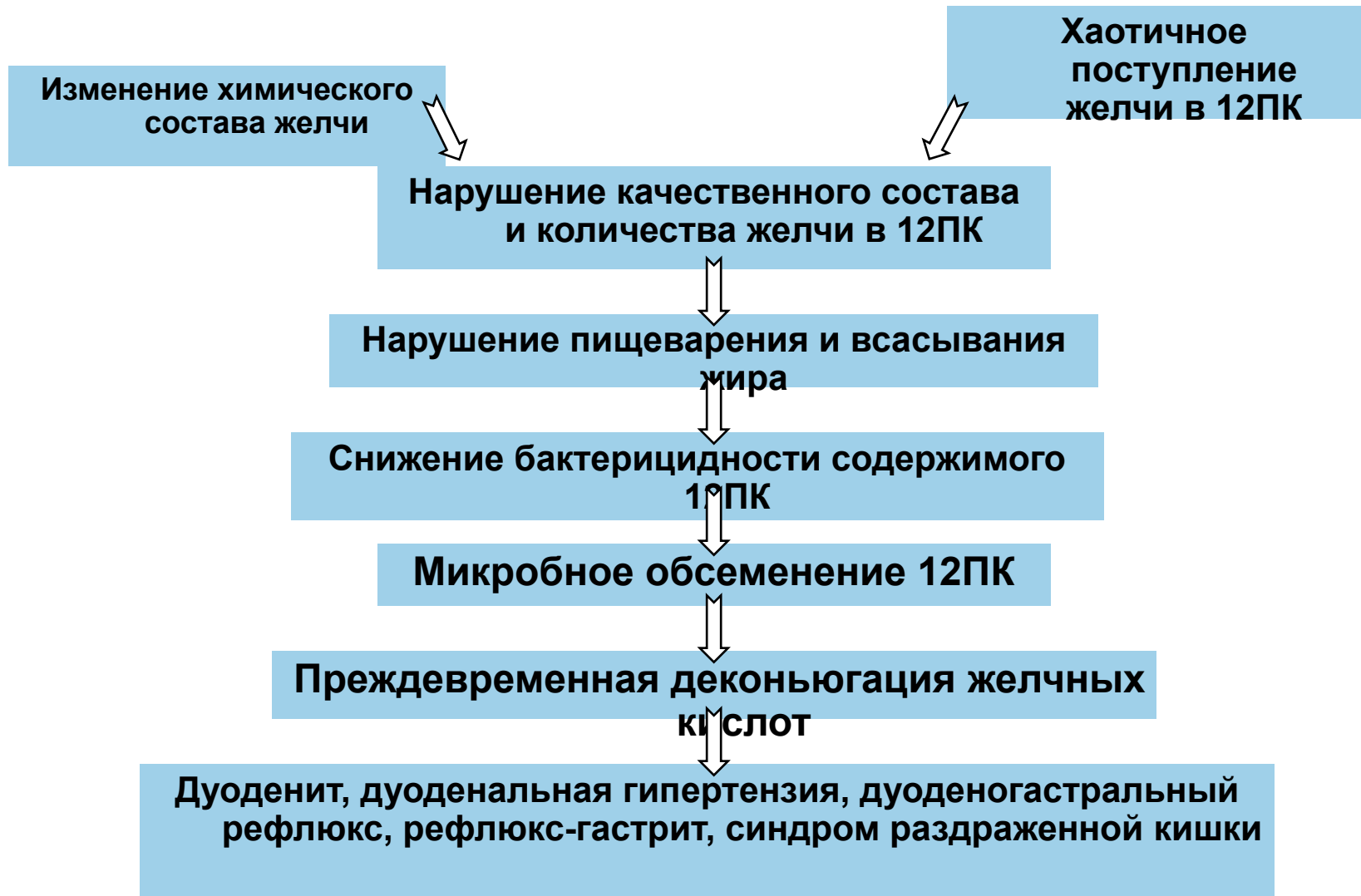
Признаки, учитывающиеся при выборе тактики лечения дисфункции сфинктера Одди

- **1.Классический приступ билиарных или панкреатических болей**
- **2.Изменение активности печеночных и/или панкреатических ферментов (двухкратное увеличение)**
- **3.Замедление выведения контрастного вещества из холедоха при ЭРХПГ (>45 мин.)**
- **4.Расширение холедоха (>12мм) или главного панкреатического протока (>5 мм)**

Дисфункции билиарного тракта сопровожаются:

- **Нарушением процессов переваривания и всасывания**
- **Развитием избыточного бактериального роста в кишечнике**
- **Нарушением моторной функции желудочно-кишечного тракта**

Факторы, участвующие в нарушении пищеварения после холецистэктомии



Принципы лечения больных с билиарной патологией

- **Цель лечения :** восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку
- **Задачи лечения:**
 - восстановить проходимость сфинктера Одди и сократительную способность желчного пузыря (миолитики, прокинетики)
 - нормализовать химический состав желчи (препараты УДХК)
 - нормализовать моторику кишки (миолитики, прокинетики)
 - восстановить нормальный состав микрофлоры (антибиотики, пребиотики, пробиотики)
 - нормализовать процессы пищеварения (ферменты)

Желчнокаменная болезнь

- *или холелитиаз (от греческих «chole» — желчь и «lithos» — камень) – это обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием камней (конкрементов) в желчном пузыре и желчных протоках.*

- ***В развитых странах ЖКБ встречается у 10-15% населения***
- ***Среди оперативных вмешательств по поводу ЖКБ холецистэктомия вышла на второе место в мире после аппендэктомии***
- ***ЖКБ стоит на первом месте по частоте среди заболеваний желчного пузыря***
- ***У 10-15% практически здоровых людей при обследовании выявляют камни в желчном пузыре, частота обнаружения с возрастом увеличивается***
- ***После 40 лет камни находят у 32% женщин и 16% мужчин***

Предрасполагающие факторы

- *Нарушение обмена веществ (ожирение, сахарный диабет, атеросклероз, подагра и др.)*
- *Воспалительные процессы в желчном пузыре и желчных путях*
- *Наследственная предрасположенность*
- *Малоподвижный образ жизни*
- *Избыточный вес*
- *Этнический фактор*
- *Возраст (в 70 лет камни обнаруживают у каждого третьего)*
- *Пол (женщины болеют в шесть раз чаще мужчин)*
- *Беременность(застой желчи за счёт внутрибрюшного давления)*
- *Лекарственные препараты*

Причины развития ЖКБ

- **Нарушение физико-химического состава желчи**
- **Застой желчи в желчном пузыре**
- **Воспалительный процесс в желчном пузыре**

Клиника ЖКБ

- **Физико-химическая стадия**
- **Латентная стадия**
- **Клиническивыраженная стадия**

Желчные камни

- Холестериновые
- Известковые
- Пигментные
- Смешанные

Желчные камни различают

- По количеству: камни могут быть одиночными или множественными
- По строению: в одних случаях на распиле камни имеют радиарное строение (кристаллоидные), в других - слоистое (коллоидные)
- По цвету: камни темно-коричневые или темно-зеленые камни (холестериновые, билирубиновые, известковые)

Желчные камни различают по составу и форме

- **Однородные**
- **Многослойные**
- **Круглые**
- **Овальные**
- **фасетированные**



Клинически выраженная стадия:

- диспептическая форма
- болевая форма
- болевая приступообразная

Диспептическая форма

- *Ощущение тяжести в правом подреберье и эпигастральной области*
- *Отрыжка воздухом*
- *Неустойчивый стул*
- *Изжога*
- *Вздутие живота*
- *Чувство горечи во рту*
- *Непереносимость острой или жирной пищи*
- *При пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье*

Болевая торпидная форма

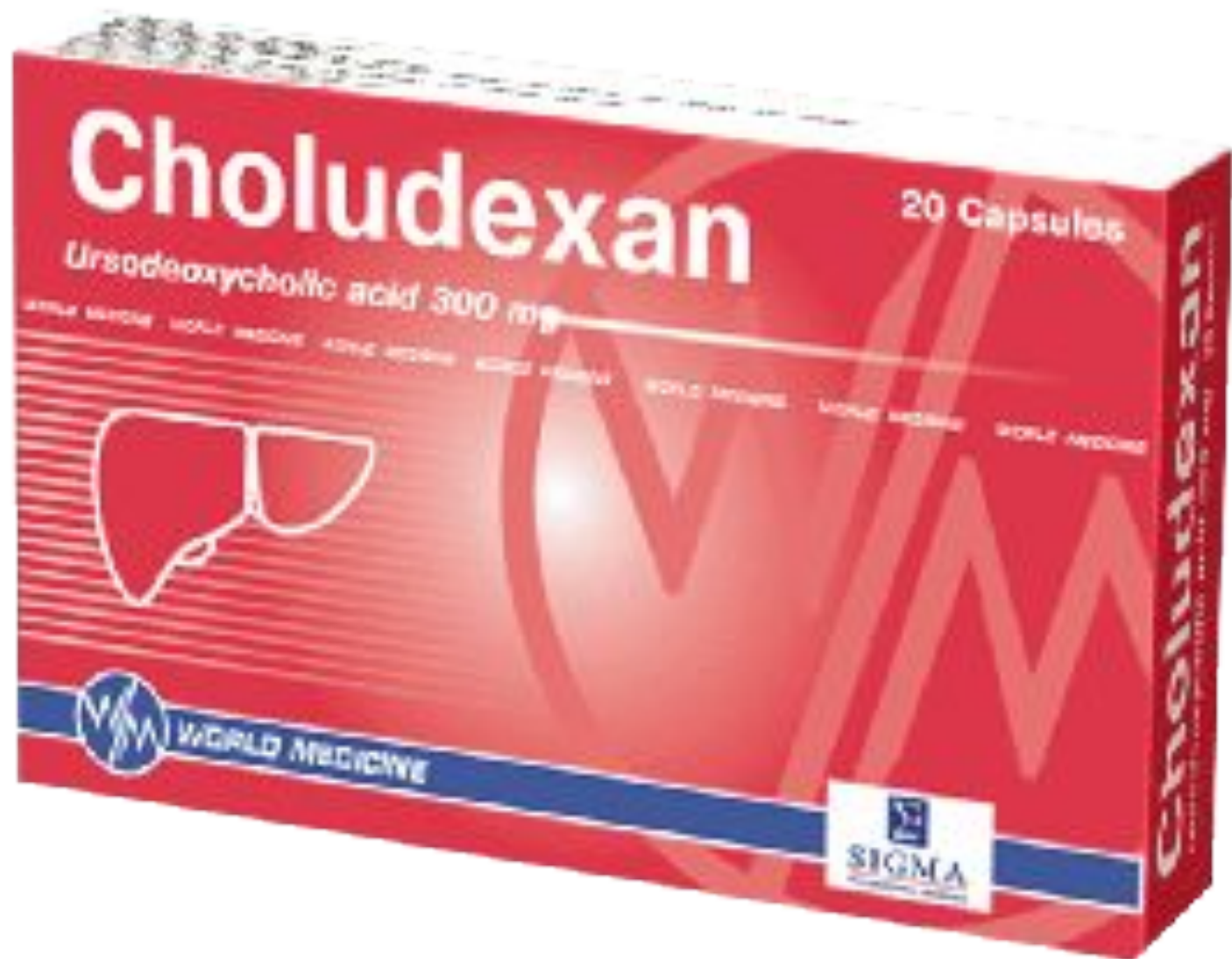
- *Тупая ноющая боль, преимущественно в правом подреберье и в области желудка*
- *Усиливается после приема жирной, острой или высокобелковой пищи; провоцируют боль физические нагрузки, сопровождающиеся сотрясением тела*
- *Беспокоят тошнота, отрыжка, горечь во рту, иногда рвота*

Болевая приступообразная форма

- *Проявляется - печеночной коликой*
- *Характеризуется внезапно возникающей острой и весьма интенсивной болью в верхней половине живота*
- *Появляется тошнота, упорная, многократная рвота*
- *Может наступить даже коллапсоидное состояние - прогрессирующая слабость, головокружение, зябкость, шум в ушах...*
- *Живот вздувается, он напряжен и резко болезнен*

Фармакокинетика

- УДХК всасывается посредством пассивной диффузии в тощей и активного транспорта в подвздошной кишке
- Связывается с белками плазмы – **96-99%**
- С тах в желчи **при дозе 10мг/кг/сут**
- Период полувыведения – **3,5 до 5,8 дня**
- Элиминация из организма – с фекалиями
- В печени УДХК активно конъюгируется и в этой форме выделяется в желчи

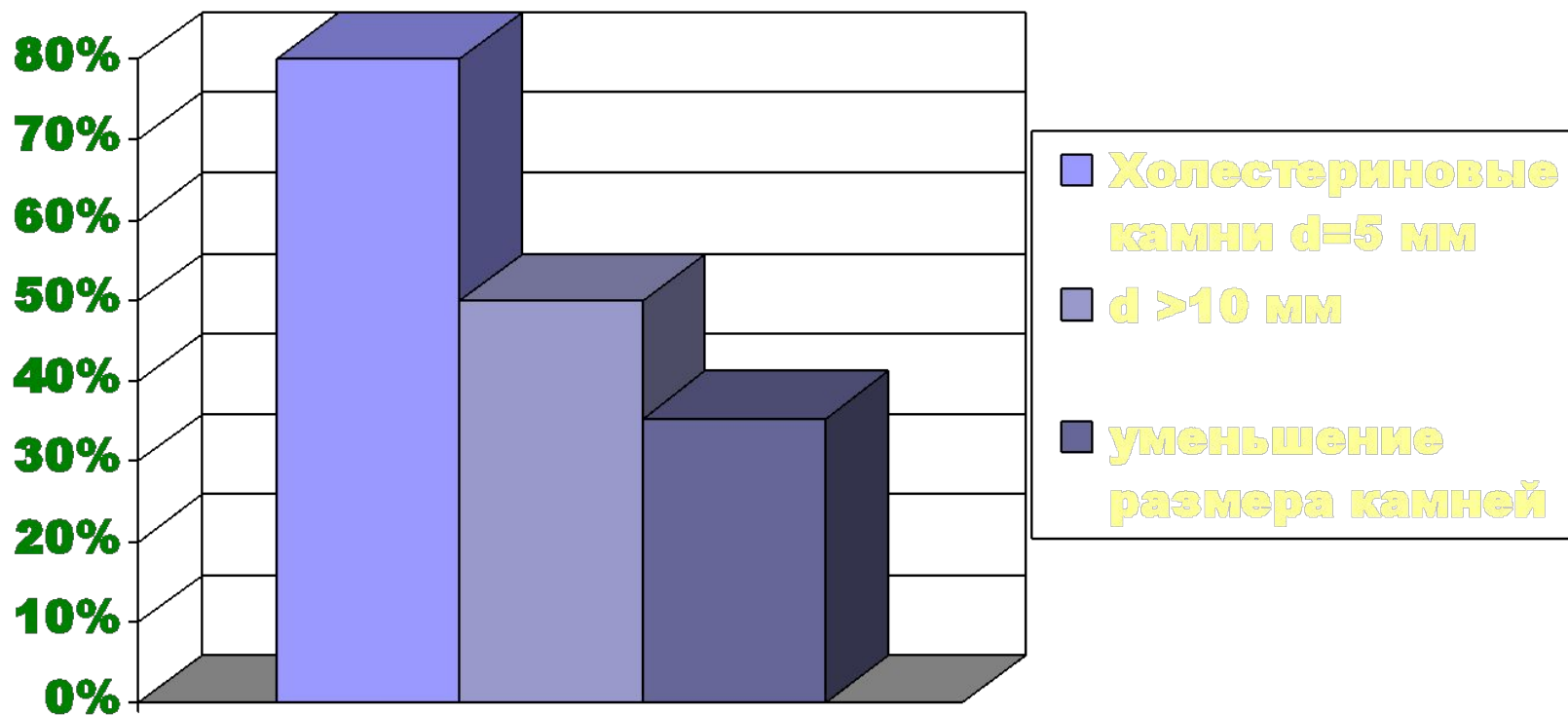


- 
- **Антихолестатическое**
 - **Гепатопротективное**
 - **Гипохолестеринемическое**
 - **Иммунопротективное**
 - **Антифибротическое**
 - **Антиапоптотическое**

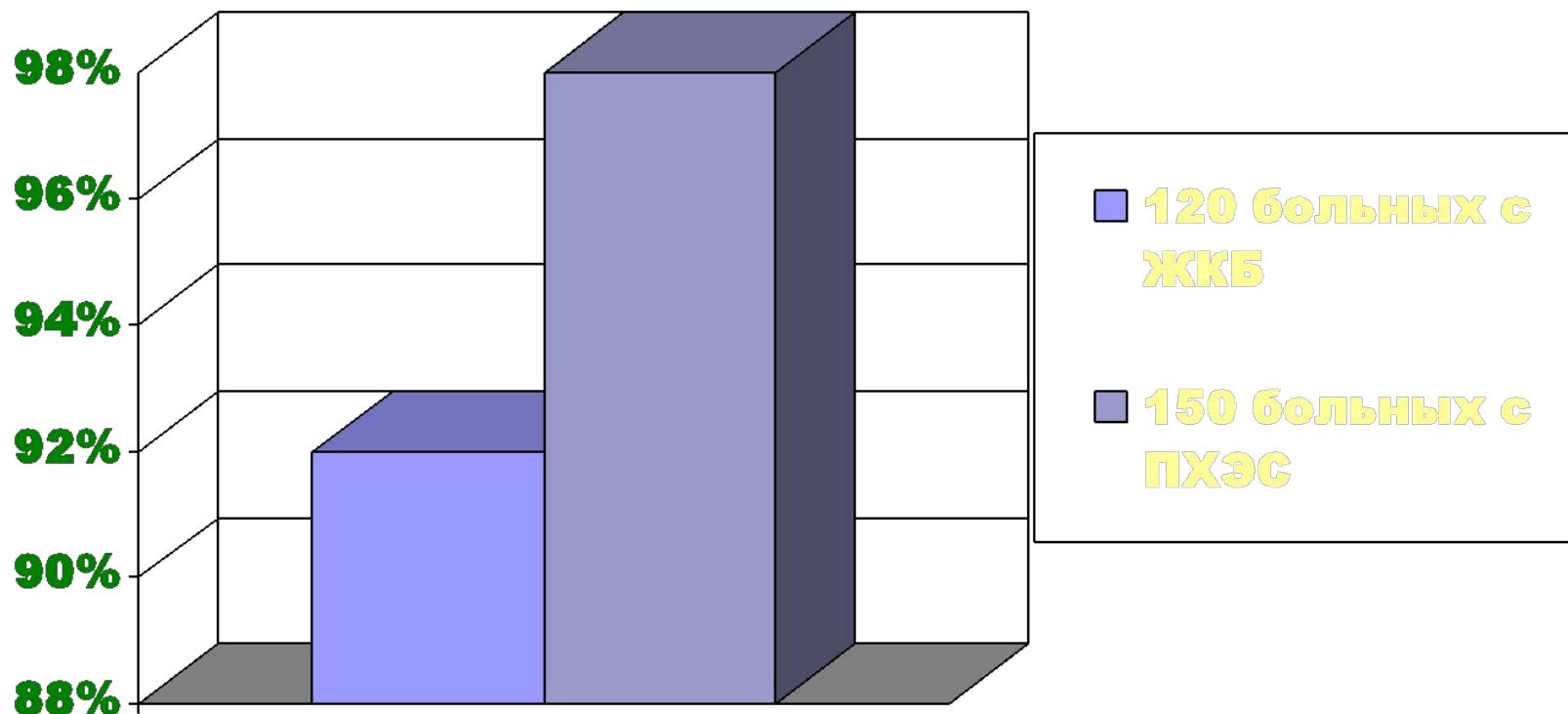
Показания к применению

- желчекаменной болезни (холестериновые желчные камни)
- остром и хроническом вирусном гепатите
- неалкогольном стеатогепатите
- токсических повреждениях печени
- хроническом активном гепатите
- алкогольных поражениях печени
- первичном билиарном циррозе печени
- первичном склерозирующем холангите
- кистозном фиброзе
- врожденной атрезии внутрипеченочных желчных путей
- холестазае при парентеральном питании
- билиарном рефлюкс-гастрите и рефлюкс-эзофагите
- билиарном диспепсическом синдроме
- дискинезии желчевыводящих путей

Эффективность холелитолитической терапии при применении УДХК



Устранение билиарной недостаточности при применении УДХК



Режим дозирования

- Длительность растворения желчных камней – от 6 месяцев до 2 лет
- Длительность лечения хронических заболеваний печени – от нескольких месяцев до 2-х лет
- Билиарный рефлюкс – гастрит и рефлюкс – эзофагит по 250 мг, курс лечения – 10-14 дней

Способ и дозы применения

1-2 капс. 1 раз/сут (10 мг/кг/сут), перед сном, 1-6 месяцев

