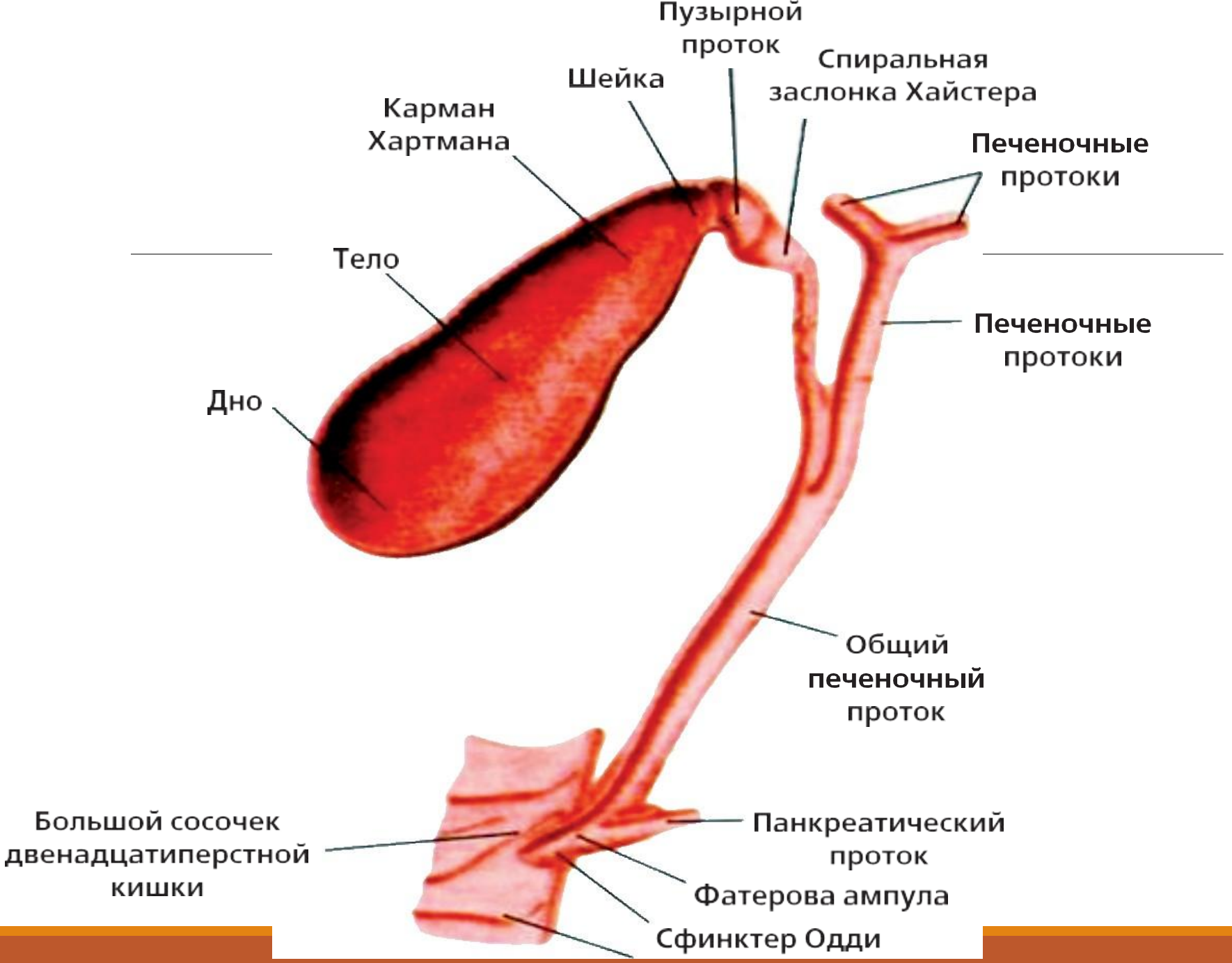
Функциональные расстройства желчевыводящих путей.

Хронический холецистит.

Желчевыделительная система, состоящая из внутри- и внепече- ночных желчных протоков, сфинктеров и желчного пузыря, обеспечивает формирование, хранение и выведение желчи в кишечник (желчь необходима для смены желудочного пищеварения на кишечное). Наиболее частыми причинами обращения к терапевту поликлиники являются функциональные расстройства билиарного тракта и хронический бескаменный холецистит.



Двенадцатиперстная кишка

В настоящее время общепринятым термином, пришедшим на смену «дискинезии желчевыводящих путей», является *функциональное расстройство билиарного тракта* (ФРБТ) — это расстройство двигательной функции и функции опорожнения отдельных частей желчевыделительной системы (желчного пузыря и сфинктера Одди) без признаков органического поражения.

Пациентов с ФРБТ в среднем в два раза больше, чем больных с язвенной болезнью, а среди женщин — в десять раз. Это достаточно широко распространенный вид патологии человека, увеличивающейся с возрастом, при этом возрастают риски превращения данных нарушений в органические заболевания.

Первичные ФРБТ чаще встречаются у лиц молодого возраста, преимущественно у женщин, часто на фоне нейроциркуляторной дистонии.

Вторичные ФРБТ сопровождают патологию желчевыводящих путей, заболевания печени, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. Первичная форма ФРБТ (как самостоятельное заболевание) встречается значительно реже (10—15%), чем вторичные (85—90%).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причинами первичных ФРБТ могут быть *врожденные аномалии ЖП* (удвоение, фиксированные перегибы, перетяжки, кисты и др.), психоэмоциональные, нейрорефлекторные и нейрогуморальные воздействия (ваготония, предменструальный синдром, заболевания генитальной сферы, щитовидной железы). Моторные нарушения желчевыводящих путей развиваются в результате повышения чувствительности сфинктеров к парасимпатическим влияниям или изменения тонуса самих вегетативных центров.

Регуляцию двигательной активности осуществляют симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы; синхронизацию последовательности сокращения и расслабления желчного пузыря и сфинктеров — эндокринная система.

Натощак сфинктер Одди сокращен, что препятствует забросу содержимого из двенадцатиперстной кишки в холедох и проток поджелудочной железы.

Сокращение желчного пузыря (и расслабление при этом сфинктера Одди) происходит вследствие воздействия холецистокинина, секретина, мотилина, выделяемых при поступлении пищи в двенадцатиперстную кишку.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Согласно международным рекомендациям (Римские критерии — III, 2006 г.), ФРБТ рассматривают как «*Функциональные расстройства желчного пузыря* (ЖП) *и сфинктера Одди* (СФО)», при этом выделяют следующие подкатегории:

E1. Функциональное расстройство желчного пузыря.

E2. Функциональное расстройство сфинктера Одди по билиарному типу.

E3. Функциональное расстройство сфинктера Одди по панкреатическому типу.

Коды по МКБ-10

K82.8 Дискинезия желчного пузыря или пузырного протока

K83.4 Спазм сфинктера Одди

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина и лабораторно-инструментальные методы исследования при диагностике функциональных нарушений находятся в тесной взаимосвязи между собой.

Диагностическими критериями функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди являются эпизоды **болей или дискомфорта** в эпигастральной области и (или) правом верхнем квадранте живота, имеющие следующие характеристики:

- длительность эпизодов боли или дискомфорта достигает 30 минут и более
- боли возникают, как правило, после еды (от 15 мин до 3 ч)
- боли рецидивируют от одного и более раз в неделю, в течение 12 месяцев
- боли нарастают и приобретают устойчивый характер, нередко становятся постоянными, нарушая повседневную активность или требуют госпитализации
- боли не изменяются или не уменьшаются после стула, при перемене положения тела, после приема антацидов.
- исключены другие заболевания, объясняющие боль.

Боли могут ***сочетаться*** со следующими симптомами:

- тошнотой или рвотой (редко);
- возможна иррадиация в спину и (или) правую подлопаточную область;
- будят в середине ночи (обычно после двух часов сна).

Возможны ***сопутствующие*** расстройства:

- диспепсия в виде горечи во рту, отрыжки воздухом, быстрого насыщения;
- астеноневротические симптомы.

ДИАГНОСТИКА

Диагностические тесты, применяемые при ФРБТ, подразделяют на две группы:

скрининговые: функциональные пробы печени, определение уровня панкреатических ферментов в крови и моче, трансабдоминальное УЗИ, ЭФГДС;

уточняющие: УЗИ с оценкой функции желчного пузыря и сфинктера Одди, ЭРХПГ, гепатобилисцинтиграфия, холецистография, медикаментозные тесты (с холецистокинином и др.).

При дисфункции эти показатели не имеют отклонений от нормы

Комплексное психологическое исследование в ряде случаев позволяет выявить признаки психоэмоциональных нарушений, оценить структуру и степень выраженности этих нарушений.

ЛЕЧЕНИЕ

Основной *целью лечения* является восстановление нормального тока желчи и секрета поджелудочной железы по билиарным и панкреатическим протокам, что можно осуществить путем:

- активизации образования желчи (используются холеретики);
- повышения сократительной функции ЖП (при гипотонии). Рекомендуются препараты, усиливающие моторику желчного пузыря (холекинетики) — холецистокинин, сульфат магния, оливковое масло и др.;
- снижения сократительной функции ЖП (при гиперфункции) обеспечивают спазмолитики или холинолитики;
- восстановления тонуса сфинктеров (применяются спазмолитики и прокинетики);
- нормализации давления в двенадцатиперстной кишке. Назначаются прокинетики (домперидон, метоклопрамид).

Важное значение в коррекции ФРБС имеют *диетотерапия* и *режим питания*. Частый прием небольших количеств пищи (четырех-, пятиразовое питание) регулирует опорожнение ЖП и протоковой системы, способствует нормализации давления в двенадцатиперстной кишке.

Лечение, как правило, проводится в амбулаторных условиях

Хронический бескаменный холецистит (ХБХ)

— длительно существующее (более шести месяцев) полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с функциональными нарушениями (**дисфункциями**) желчевыводящих путей и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи (**дисхолией**).

Код по МКБ-10

К81.1 Хронический холецистит

Это заболевание часто сочетается с патологией других органов пищеварительной системы (хроническим гастродуоденитом, хроническим панкреатитом и др.)

Количество больных ХБХ, по данным разных авторов, составляет от 10 до 20% в разных странах мира и имеет четкую тенденцию к увеличению. ХБХ встречается значительно чаще, чем калькулезный холецистит (соответственно 47,8—51,5% и 22,4%). ХБХ чаще поражает лиц среднего возраста (40—60 лет), в то время как у лиц 75 лет и старше превалирует калькулезный холецистит. Женщины болеют в три раза чаще мужчин.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Определенную роль как этиологический фактор развития ХБХ играет острый холецистит. Возможно развитие первично хронического холецистита.

Воспалительный процесс в стенке желчного пузыря могут вызывать:

- эндогенная условно патогенная инфекция, проникающая восходящим путем из нижележащих отделов ЖКТ (кишечная палочка, протей, энтерококки) или гематогенным, лимфогенным путями (стрептококки, стафилококки и др.);
- вирусная инфекция (вирусы гепатита В, С, Д, Е, энтеровирусы, аденовирусы);
- воздействие пищевых или бактериальных аллергенов (аутоиммунное воспаление);
- асептическое поражение, связанное с воздействием желудочного и панкреатического соков вследствие рефлюксов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинические проявления заболевания складываются из сочетания (или преобладания) следующих синдромов.

Болевой синдром в виде периодических приступов желчной колики различной интенсивности, либо — постоянной боли в правом подреберье; боли могут иррадиировать под правую лопатку, нередко в область сердца. Возникновение болей провоцируют нарушения режима питания, жирная, острая пища, физическое или эмоциональное напряжение, инфекция.

Диспепсический синдром проявляется симптомами отрыжки горечью или постоянным горьким привкусом во рту. Нередко имеется чувство распирания в верхней половине живота, вздутие кишечника, нарушение стула. Реже бывают тошнота, рвота горечью (рвотные массы часто содержат примесь желчи). При сочетании с гипо- и атонией желчного пузыря рвота уменьшает боль и чувство тяжести в правом подреберье. При гипертонической дисфункции рвота вызывает усиление боли. Могут быть вздутие живота, склонность к запорам.

***Воспалительно-интоксикационный синдром*:** в фазе обострения заболевания — повышение температуры тела. Чаще лихорадка субфебрильная (характерный симптом для катаральных воспали- тельных процессов), реже достигает фебрильных значений (при деструктивных формах холецистита или при других осложнениях).

Гектическая температурная кривая, сопровождающаяся выраженной потливостью, сильным ознобом, всегда является следствием гнойного воспаления (эмпиема желчного пузыря, абсцесс печени).

У ослабленных больных и лиц пожилого возраста температура тела даже при гнойном холецистите может оставаться субфебрильной, а иногда даже нормальной вследствие пониженной реактивности.

Желтуха не характерна для хронического холецистита, но желтушная окраска кожных покровов и видимых слизистых оболочек может наблюдаться при затруднении *оттока желчи* (**холестазе**) из-за скопления слизи, эпителия или паразитов в общем желчном протоке либо при развившемся воспалении желчных протоков (**холангите**).

Клинические проявления наиболее выражены в фазу обострения.

Атипичные формы («маски») хронического холецистита наблюдаются приблизительно у 30% больных, которые могут протекать в виде следующих форм.

Кардиалгическая форма (холецистокардиальный синдром, описанный еще С. П. Боткиным) проявляется длительными тупыми болями в области сердца, возникающими после обильной еды, нередко в положении лежа; часто аритмиями (синусовая тахикардия, экстрасистолия). На ЭКГ может отмечаться уплощение, а иногда и инверсия зубца Т.

***Эзофагальная форма*:** упорная изжога, сочетающаяся с тупой, дли- тельной болью за грудиной. Иногда чувство «кола» за грудиной, затруднение при прохождении пищи по пищеводу.

***Токсико-аллергическая форма*:** появление артралгии, миалгии; признаков аллергоза (различные высыпания на коже, бронхообструкция, отек Квинке).

При *осмотре* обращают внимание:
на наличие симптомов раздражения брюшины,
участков мышечной защиты;

наличие положительных «***пузырных***» *симптомов*:

- **Курвуазье** (увеличенный желчный пузырь),
- **Ортнера — Грекова** (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге по сравнению с левой),
- **Кера** (боль при вдохе во время пальпации правого подреберья),
- **Образцова — Мерфи** (равномерно надавливая большим пальцем руки на область желчного пузыря, предлагают больному сделать глубокий вдох; при этом у него захватывает дыхание и отмечается значительная боль в этой области),
- **Василенко** (болезненность при поколачивании в точке желчного пузыря при задержке дыхания на высоте вдоха),
- **Мюсси-Георгиевского**, или «френикус - симптом» (болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа).

ДИАГНОСТИКА

Тщательный опрос больного, выявление связи с приемом и характером пищи, приемом препаратов, анализ данных истории болезни, жизни, наследственности, осмотр пациента.

Одним из ведущих методов является УЗИ: обращают внимание на форму, размеры ЖП, толщину его стенок, ширину пузырного и общего протоков, исключают *наличие конкрементов* в полости желчного пузыря или холедохе, опухоли, поперечной исчерченности стенки ЖП (признак холестероза).

Признаками воспаления желчного пузыря вне обострения считаются утолщение стенки пузыря более 2 мм за счет развития в ней склеротического процесса, неравномерность и деформация контура пузыря, увеличение или уменьшение его размеров. *При обострении* могут выявляться: пристеночная негомогенность, наличие хлопьев и взвеси в просвете желчного пузыря, удвоение контура пузыря, признаки вовлечения поджелудочной железы (размеры, контуры, ширина вирсунгова протока).

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- холестерин крови;
- амилаза крови;
- глюкоза крови;
- копрограмма;
- бактериологическое, микроскопическое и биохимическое исследование дуоденального содержимого.

Двукратно:

- общий анализ крови (при развитии обострения — лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг формулы влево, повышение СОЭ);
- общий анализ мочи (при развитии механической желтухи — темная моча, наличие желчных пигментов);
- билирубин и его фракции (обычно не изменены);
- АсАТ, АлАТ (обычно не изменены);
- ЩФ, гГТП (обычно не изменены, повышаются при наличии обструкции желчевыводящих путей);
- общий белок и белковые фракции;
- С-реактивный белок.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы;
- дуоденальное зондирование (многофракционное хроматическое дуоденальное зондирование) или другие варианты;
- ЭФГДС;

рентгеновское исследование грудной клетки.

Дополнительные исследования проводятся по показаниям.

Обязательны консультации специалистов: хирург, эндокринолог.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

По наличию камней: бескаменный; калькулезный.

По этиологии (если установлена): колибациллярный; стрептококковый и др.

По течению: латентный; редко (один раз в один-два года) или часто (более двух раз в году) рецидивирующий.

По фазе заболевания: обострение; стихающее обострение; ремиссия.

По функциональному состоянию: гиперфункция, гипофункция.

По наличию осложнений: неосложненый; осложненный.

К *осложнениям* относят: перихолецистит (приводит к развитию спаек, деформации желчного пузыря и нарушению его функций). Возможно вовлечение в воспалительный процесс соседних органов (холангит, гепатит, панкреатит, папиллит), развитие механической желтухи, формирование водянки желчного пузыря.

Примеры формулировки диагноза

- Хронический бескаменный холецистит, редко рецидивирующий, в фазе ремиссии, дисфункция билиарного тракта по гиперкинетичекому типу.
- Хронический бескаменный холецистит, часто рецидивирующий, в фазе обострения. Хронический обструктивный билиарнозависимый панкреатит в стадии обострения.
- Сахарный диабет, тип II, тяжелое течение, стадия декомпенсации. Ампутация голени слева. Бескаменный холецистит в стадии обострения, дисфункция билиарного тракта по гипокинетичекому типу.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика проводится:

- с функциональными расстройствами билиарного тракта;
- желчнокаменной болезнью;
- опухолями желчного пузыря (доброкачественными и злокачественными);
- холестерозом (заболевание, обусловленное нарушением обмена холестерина с преимущественным отложением его в стенке желчного пузыря).

Кроме того, необходимо исключить следующие заболевания:

- хронический панкреатит;
- язвенную болезнь (чаще с локализацией в двенадцатиперстной кишке);
- дуоденит;
- обострение хронического гастрита;
- глистную инвазию и др.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

У каждого больного ХБХ протекает по-разному. В связи с этим выделяют три степени тяжести течения заболевания.

Легкая форма характеризуется болевым синдромом в правом подреберье, продолжающимся не более 30 минут и проходящим обычно самостоятельно. Боль может иррадиировать в правое плечо и шею, правую лопатку. Диспепсические явления, как правило, отсутствуют. Обострения — редкие (один-два раза в год), непродолжительные (две-три недели), осложнения не развиваются.

Среднетяжелая форма характеризуется стойким, продолжитель- ным и выраженным болевым синдромом. Обострения — до пяти-шести раз в году.

Тяжелая степень заболевания проявляется резко выраженным и продолжительным болевым синдромом, купирующимся неодно- кратно вводимыми парантерально анальгетиками и спазмолитиками. Нередко развиваются осложнения (перихолецистит, холангит, водянка ЖП).

В большинстве случаев прогноз при ХБХ благоприятный. Лечение проводится, как правило, амбулаторно.

Показания для госпитализации

При клинически выраженном обострении (*в гастроэнтерологическое или терапевтическое отделение*).

Впервые возникшем сильном болевом синдроме, при угрозе развития деструктивного холецистита (*в хирургическое отделение*).

ЛЕЧЕНИЕ

Общие принципы лечения:

рекомендации по режиму питания и диете;

медикаментозная терапия:

- купирование болевого синдрома,
- применение антибактериальных средств (по показаниям),
- коррекция желчеобразования и желчевыделения (с учетом типа функциональных расстройств);

немедикаментозная терапия:

- ЛФК,
- физиотерапия,
- санаторно-курортное лечение показано в стадии ремиссии (питьевые курорты: Дорохово, Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Моршин).

Диетотерапия

Частые приемы небольших количеств пищи (четырехразовое — в фазе ремиссии, пяти-шестиразовое питание при обострении).

В фазе резкого обострения в первые два дня назначается только теплое питье (некрепкий чай, соки из фруктов и ягод, разбавленные водой, отвар шиповника) небольшими порциями до 3—6 стаканов в день.

Рекомендуют нежирные сорта мяса и рыбы, каши (манная, овсяная, рисовая), пудинги, сырники, салаты. Разрешают некрепкий кофе, чай, фруктовые, овощные, ягодные соки после стихания обострения.

Очень полезны растительные жиры (нерафинированное оливковое, подсолнечное масло), содержащие полиненасыщенные жирные кислоты, витамин Е.

При до- статочном количестве белка и растительных жиров в диете повышается холатохолестериновый индекс и, таким образом, уменьшается литогенность желчи.

Не рекомендуются блюда в холодном виде.

***Исключить* (*резко ограничить*)**:

при *любой форме дисфункции* — жареные, копченые блюда; шоколад, кофе; пиво, вино, газированные напитки; крепкие мясные, грибные и рыбные бульоны; тугоплавкие жиры; изделия из сдобно- го теста;

при *гипертонической форме*: маринованные блюда, грибы, пряности; жирные мясо, рыба и птица; яичные желтки, орехи; крем; лук, чеснок, щавель, редьку, ржаной хлеб, горох, бобы.

Включать: при гипотонической форме — фрукты, овощи, расти- тельное и сливочное масло, сливки, сметану, яйца.

Медикаментозное лечение

***Купирование болевого синдрома*:**

при признаках гиперфункции ЖП и СФО эффективно применение **спазмолитиков и холинолитиков**: мебеверина гидрохлорида (дюспаталин), гимекромона (одестон), дротаверина гидрохлорид (но-шпа), гиосцина бутилбромид (бускопан), платифилина.

Для устранения боли при гипофункции или при пери-холецистите **применяют НПВП**: мелоксикам (мовалис), диклофенак (вольтарен), ибупрофен.

Для быстрого купирования боли можно использовать нитроглицерин. Препараты для купирования боли назначают однократно или короткими курсами.

Антибактериальную терапию назначают только в тех случаях, когда имеются данные (клинические и лабораторные), подтверждающие активность воспалительного процесса в ЖП. Выбор препарата зависит от вида возбудителя, выявленного при посеве желчи, его чувствительности к антибактериальному препарату, а также способности препарата проникать в желчь и накапливаться в ней. Назначают один из следующих препаратов:

- макролиды (кларитромицин внутрь по 0,5 г два раза в сутки, азитромицин по 0,5 один раз в сутки);
- полусинтетические тетрациклины (доксициклин) внутрь; в первый день назначают по 0,1 г два раза в сутки, в последующие дни по 0,1—0,2 г/сут в зависимости от тяжести заболевания; препарат принимают за 1 ч до еды или через 2—3 ч после еды;
- цефалоспорины для приема внутрь — цефуроксим аксетил (зиннат) по 0,25—0,5 г два раза в сутки после еды;
- фторхинолоны в виде таблеток (ципрофлоксацин, ломефлоксацин) 0,4 г/сут;
- производные нитрофуранов (фуразолидон по 0,1 г четыре раза в сутки или фурамаг по 0,1 г три раза в сутки) после еды.

Все препараты назначают в течение 5—7—10 дней.

Коррекция желчеобразования* и *желчевыделения проводится **холеретиками** (усиливают образование и выделение желчи) и **холекинетиками** (стимулируют выделение желчи и сокращение ЖП).

Лечение проводят в виде курсов по 2—4 недели 2—4 раза в год:

- **производные УДХК** (урсосан, урсолив) в суточной дозе 15 мг на кг массы тела; УДХК обладает выраженным антихолестатическим, а также гепатопротективным, цитопротективным, литолитическим и гипохолестеринемическим действием;
- домперидон (мотилиум) 0,01 г три-четыре раза в день, или дебридат (тримебутин) 0,1—0,2 г три-четыре раза в день при гипомоторной дисфункции;

- препараты растительного происхождения на основе расторопши, артишока, бессмертника, шиповника): хофитол по две-три таблетки три раза в день перед едой; гепабене по две капсулы три раза в день после еды.

- фитотерапия (в виде отвара трав, чая) и пряные травы: плоды шиповника, полевой хвощ, кукурузные рыльца, бессмертник песчаный, цветы пижмы, мята перечная, петрушка.

Экспертиза трудоспособности

Временная нетрудоспособность может наступить при приступах печеночной колики, особенно трудно поддающейся купированию и за- трудняющей осуществление профессиональной деятельности. В таких случаях возможно освобождение от работы на 1—3 дня.

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности:

- обострение хронического холецистита легкой формы — 8—12 дней;
- обострение хронического холецистита среднетяжелой формы — 14—20 дней;
- обострение хронического холецистита тяжелой формы — 21—30 дней;
- при осложнениях ХБХ — вопрос решается индивидуально в зависимости от тактики лечения.

Диспансерное наблюдение и профилактика

Диспансерному наблюдению подлежат все больные хроническим некалькулезным холециститом.

Хронический некалькулезный холецистит с частыми обострениями — осмотр терапевтом, гастроэнтерологом два-три раза в год, хирургом — по показаниям. Назначается клинический анализ крови, по показаниям — холецистография, определение ферментов поджелудочной железы, биохимический анализ крови.

Хронический некалькулезный холецистит без частых обострений — осмотр терапевтом один раз в год, гастроэнтерологом, хирургом — по показаниям. Клинический анализ крови при обострении, по показа- ниям — проведение дополнительного обследования.

Первичная профилактика *ХБХ* должна осуществляться с учетом причин возникновения данной патологии. С этой целью необходимо своевременно выявлять хронические очаги воспалительных заболеваний органов пищеварения.

Для уменьшения вероятности возникновения ХБХ важно соблюдать режим питания, употреблять продукты, содержащие достаточное количество клетчатки, не злоупотреблять жирной, жареной пищей, алкоголем, вести активный образ жизни, кон- тролировать свой вес.

Вторичная профилактика заключается в соблюдении режима питания. Пищевой рацион должен быть полноценным по составу и калорийности, содержать достаточное количество растительных жиров, белков, витаминов, овощей и фруктов, но с ограничением легко усвояемых углеводов (сахар, изделия из сдобного теста, кремы и т.п.).

Рекомендуется регулярно заниматься ЛФК, способствующей лучшему опорожнению желчного пузыря. С этой же целью полезно курсовое применение минеральных вод (в виде питья), проведение физиотерапевтического, санаторно-курортного лечения. Активное проведение вторичной профилактики особенно важно для предотвращения трансформации ХБХ в калькулезный холецистит.