**Тема: Дисфункции желчевыводящих путей и хронический бескаменный холецистит**

1. **Определение дискинезии желчевыводящих путей и ее виды.**

**Дискинезии** - заболевания функциональной природы, обусловленные нарушениями моторики (развитие преходящей функциональной обструкции) и повышением висцеральной чувствительности.

Выделяют дискинезию желчного пузыря и дискинезию сфинктера Одди.

**Классификация на основании результатов EPISOD, 2016 год:**

**Е1.** Билиарная боль

**Е1а.** Функциональное расстройство желчного пузыря

**Е1b.** Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа

**Е2.** Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа.

Понятия «гипертоническая дискинезия желчного пузыря» и «гипотоническая дискинезия желчного пузыря» в настоящее время не выделяют. Милуокская классификация не применяется.

1. **Основные симптомы хронического холецистита и дискинезий желчевыводящих путей.**

**Дискинезия желчного пузыря и желчных путей:**

* Билиарная боль
	+ локализация в эпигастральной области/правом подреберье; возможна иррадиация в нижние грудные позвонки, правую подлопаточную область,
	+ длительность 30 мин и более, стойкая (быстро нарастает, достигая плато),
	+ рецидивирует с разными интервалами (не ежедневно), может возникать в ночное время (заставляет пробуждаться от сна),
	+ тягостная, приводит к снижению активности пациента, нередко требуется незамедлительное обращение за медицинской помощью, не имеет явной связи с приемом антацидов/антисекреторных средств,
	+ не имеет явной связи с дефекацией и отхождением газов,
	+ не имеет явной связи с изменением положения тела.
* Тошнота и рвота, не приносящие облегчения.

**Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа**

* Боли по типу билиарной колики при ЖКБ

**Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа**

* Боль распространяется на участки, где часто локализуется боль при панкреатите

При дискинезии желчных путей приступы боли далеко не всегда бывают спровоцированы погрешностями в диете, могут возникать без видимых причин, иногда на фоне стрессов, в предменструальном периоде, после приема лекарственных средств, оказывающих выраженное влияние на моторику желчных путей (эстрогены, опиоиды, соматостатин).

Живот мягкий, участвует в дыхании, перистальтика сохранена. Отмечается болезненность в правом подреберье, точке желчного пузыря, зоне Шоффара, эпигастральной области (при развитии панкреатической гипертензии); симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина–Блюмберга не выявляются.

1. **Методы диагностики заболеваний желчных путей**

**Лабораторные методы:**

* Клинический анализ крови (изменений нет);
* Биохимический анализ крови с исследование АЛТ, АСТ, билирубина, панкреатической амилазы и липазы (изменений нет, после болевого приступа при билиарном типе дисфункции сфинктера Одди возможно преходящее повышение трансаминаз и билирубина, а при панкреатическом типе – панкреатических ферментов);
* Исследования, направленные на исключение паразитарных заболеваний (копрологическое исследование)

**Инструментальные методы:**

***Обязательные:***

* УЗИ органов брюшной полости
* Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с осмотром ДПК и область большого дуоденального сосочка
* Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) ИЛИ эндоскопическое УЗИ панкреатобилирной зоны ИЛИ билиосцинтиграфия с 99mTc (при подозрении на дисфункцию сфинктера Одди)

***Дополнительные:***

* Колоноскопия (при высоком риске колоректальных опухолей)

**УЗ-холецистография**позволяет оценить сократимость (фракцию опорожнения) ЖП. Объем ЖП определяют натощак и после приема внутрь стимулятора сокращения. В настоящее время вместо жиросодержащих пищевых стимуляторов и сульфата все чаще применяют сорбитол, «идеальный» стимулятор — препарат холецистокинина. В норме максимальное сокращение ЖП происходит через 30–40 мин после приема стимулятора, фракция опорожнения, как правило, составляет 50–80%.

**МРХПГ**приобретает особую важность в том случае, если необходимо исключить механическую обструкцию общего желчного протока и зоны СО, когда билиарная боль сочетается с расширением протоковой системы, УЗИ, и/или повышением уровня билирубина, активности АЛТ, АСТ или панкреатических ферментов в крови. При дисфункции ЖП изменения при МРХПГ отсутствуют. При дисфункции СО может определяться лишь преходящее расширение общего желчного протока или протока поджелудочной железы после приступа боли.

**ЭндоУЗИ.**Это исследование проводят с теми же целями, что и МРХПГ. ЭндоУЗИ обладает самой высокой чувствительностью в диагностике опухолевого и фиброзного стеноза большого сосочка ДПК, микрохолелитиаза и сладжа в желчных путях, фиброза поджелудочной железы, небольших изменений панкреатических протоков (ранних стадий хронического панкреатита). В случае дисфункции СО при эндоУЗИ может определяться лишь преходящее расширение общего желчного протока или протока поджелудочной железы. Разработана методика эластометрии большого сосочка ДПК, которая дает информацию о степени фиброзных изменений.

**Билиосцинтиграфия с препаратами имидодиацетиловой кислоты, меченной 99mTc.**При проведении исследования оценивают параметры накопления и выведения желчи. Для оценки сократимости ЖП его можно выполнить в режиме холецистографии с различными стимуляторами. Для диагностики дисфункции СО можно применить эмпирическую сцинтиграфическую шкалу, с помощью которой можно провести количественную оценку пассажа желчи. Количественная билиосцинтиграфия с 99mTc по информативности сопоставима с манометрией СО, в то же время при этом исследовании отсутствует риск развития осложнений, сопряженных с эндоскопическим канюлированием протоков в ходе манометрии.

**Критерии дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) желчного пузыря:**

* характерная билиарная боль
* отсутствие камней/сладжа и других структурных изменений желчного пузыря по данным УЗИ
* дополнительные подтверждающие признаки: снижение фракции опорожнения ЖП (<40%) по данным УЗ-холецистографии или билиосцинтиграфии; нормальные активность печеночных ферментов, амилазы/липазы и уровень прямого билирубина в крови.

**Критерии дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) билиарной порции сфинктера Одди:**

* характерная билиарная боль
* повышение активности печеночных ферментов или расширение желчного протока
* отсутствие камней в желчных протоках и других их структурных изменений
* дополнительные подтверждающие признаки: нормальная активность амилазы/липазы, характерные изменения по данным билиосцинтиграфии и манометрии сфинктера Одди.

**Критерии дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) панкреатической порции сфинктера Одди:**

* атаки панкреатита в анамнезе (характерная панкреатическая боль, активность амилазы/липазы в крови выше 3 норм, признаки острого панкреатита по данным визуализации)
* исключение других причин развития панкреатита
* отсутствие изменений по данных эндоУЗИ
* дополнительный подтверждающий признак: характерные изменения по данным манометрии сфинктера Одди.
1. **Принципы терапии заболеваний желчевыводящих путей**

**Немедикаментозные методы**

* соблюдение диеты
* прекращение курения и злоупотребления алкоголем
* отказ от приема препаратов, в значительной степени изменяющих перистальтическую активность и желчеотделение (в частности, эстрогенов)
* нормализация режима труда и отдыха
* коррекция массы тела
* санаторно-курортное лечение.

**Диета**

* Стол №5
* Прием пищи каждые 3 ч, отказ от длительных перерывов в приеме пищи,
* Ограничить потребление животных жиров, пищи в жареном виде, экстрактивных веществ (крепкие мясные и рыбные бульоны, копчености и консервы), пряностей, приправ и специй (лук, чеснок, перец, горчица), маринадов, газированной фруктовой воды, пива, белого сухого вина, шампанского, кофе,
* цитрусовых.
* Пищу готовить преимущественно путем варки, тушения, запекания, на пару.
* В течение 1,5–2 ч после приема пищи избегать длительных наклонов и горизонтального положения. Полезны кисломолочные продукты (творог, кефир, йогурт невысокой жирности), каши (овсяная, гречневая) на воде или молоке низкой жирности, бананы, печеные яблоки, картофельное пюре, овощные супы, отварное мясо (нежирная говядина, куриная грудка).
* Полезен прием негазированной минеральной воды в подогретом виде по половине стакана 4 раза в день за полчаса до еды.
* Вне периода обострения диету расширяют и при хорошей переносимости питание организуют по обычным рациональным принципам**.**
* Важно принимать пищу в спокойной обстановке, не спеша.

Фармакологические препараты

***Спазмолитики***

* Нифедипин, нитраты (недостаток – действие на сердечно-сосудистую систему). Эффективны в 75% случаев. Назначают при приступах билиарной боли при дисфункции сфинктера Одди. Возможно применение трансдермальных форм (5 мг/сут) при частых приступах боли.
* Бускопан. Высокоселективный блокатор М3- и N-холинорецепторов, характеризующийся быстрым наступлением эффекта и хорошим спазмолитическим потенциалом. можно применять как для купирования приступа в дозе 10–20 мг внутрь или в суппозиториях, так и для курсового лечения по 10–20 мг 3 раза в день до еды в течение 10–30 дней.
* Мебеверин. Селективный миотропный спазмолитик, который оказывает прямое действие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта. Не вызывает гипотонию кишечника. При острой спастической боли действие мебеверина проявляется уже через 15 мин после приема. Режим назначения мебеверина у данных пациентов — по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды курсовым лечением в течение 30 дней.
* Тримебутин. Обладает комбинированным действием за счет влияния на опиоидные рецепторы ЖКТ (спазмолитическим, прокинетическим и обезболивающим). 200 мг 3 раза в день в течение месяца.
* Гимекромон.Выводится в желчь, и его спазмолитическое действие реализуется только на уровне желчных путей и начальных отделов тонкой кишки, что объясняет высокую селективность действия препарата на сфинктер желчного протока и СО. Можно применять в режиме «по требованию» по 200–400 мг внутрь при появлении симптомов и в виде курсового лечения по 200–400 мг 3 раза в день за
* полчаса до еды в течение 14–21 дней.
* Ингибиторы фосфодиэстеразы (дротаверин, не обладают селективностью).

***УДХК.*** Снижает литогенность желчи, а также оказывает противовоспалительное действие на эпителий и мышечный слой желчных путей (снижать активность циклооксигеназы‑2 и перекисного окисления), что косвенно способствует нормализации нарушенной моторики и секреции. Назначают в виде курсового лечения в дозе 10 мг на 1 кг массы тела в 2 приема после еды в течение 2 нед — 2 мес.

***Прокинетики*** (низкий уровень оказательности)

***НПВС*** (при возникновении болевого синдрома)

***Антидепрессанты*** (Амитриптиллин сначала назначают в малой дозе — по 10 мг перед сном. Эффективность лечения оценивают через 2 нед. При необходимости дозу увеличивают до 20 мг/сут. Длительность лечения определяют индивидуально, обычно она составляет как минимум 2 мес.)

**Хирургические методы**

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия

**Профилактика**

* рациональное питание (исключение избыточного потребления углеводов и холестерина, больших перерывов в приеме пищи)
* поддержание нормального индекса массы тела
* достаточная двигательная активность
* борьба с вредными привычками (курением и злоупотреблением алкоголем)
* лечение фоновых заболеваний.

**Профилактика обострений**

* избегать употребления жирной и жареной пищи, чрезмерного количества пищи после продолжительного голодания,
* избегать психоэмоциональных нагрузок,
* избегать приема препаратов эстрогенов без веских оснований
* нормализовать режим труда и отдыха
* санаторно-курортное лечение
	+ в санаториях Ессентуки, Железноводска, Пятигорска, Трускавца, Боржоми, Белокурихи, Моршина
	+ употребление минеральных вод малой и средней минерализации (сульфатные, сульфатно-хлоридные с различным катионным составом — боржом, ессентуки № 4, Арзни, Смирновская, Славяновская)
	+ эффективны водолечение (термальные и высокотермальные воды), физиотерапевтические процедуры, оказывающие спазмолитическое и противовоспалительное действие.
1. **Алгоритм диагностики дисфункции желчного пузыря**

****

1. **Алгоритм диагностики дисфункции сфинктера Одди билиарного типа**
2.  **Алгоритм ведения пациентов с дискинезией желчного пузыря и желчных путей**

**Задача**

1. ЖКБ. ПХЭС. Дискинезия сфинктера Одди билиарного типа (E1b).

Фон.: Ожирение 1 степени (ИМТ 33,75)

1. Строгое соблюдение диеты. Снижение массы тела. Рассмотреть вопрос об отмене КОК.

Курсовое лечение спазмолитиками (Бускопан по 10–20 мг 3 раза в день до еды в течение 10–30 дней внутрь; Мебеверин по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды в течение 30 дней внутрь).

При остром возникновении болевого синдрома – Бускопан 10–20 мг внутрь или в суппозиториях.

Т.к. в анамнезе ЖКБ – препараты УДХК по 250 мг 2 раза в день в течение 2 месяцев (Урсосан, Урсофальк).

При нормализации состояния рассмотреть возсожность санаторно-курортного лечения.