

Дискинезии желчевыводящих путей: традиционные и современные представления

Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко, А. В. Юрьева, Е. Н. Коваль
Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: функции желчи, дисфункции желчного пузыря и билиарных сфинктеров, гипокинетическая и гиперкинетическая дисфункции желчного пузыря, Римский консенсус IV, лечение, урсодезоксихолевая кислота

*Желчный пузырь
Всегда на кого-то он зол и сердит,
Желчью своей до краев он налит —
Жидкостью горькой такую особой,
Она нам нужна, переваривать чтобы
Суп и котлету, и винегрет.
Словом, все то, что съедим на обед!*
Н. Кнушевицкая

Эпиграф, хотя и имеет шутливый (ненаучный) оттенок, но, безусловно, отражает важную роль желчи в процессе пищеварения.

Основные функции желчи в пищеварительном тракте состоят в следующем.

1. Участие в процессах пищеварения:
 - расщепление и усвоение нейтрального жира;
 - стимуляция функции поджелудочной железы (за счет желчных кислот).
2. Активизация моторной функции кишечника (перистальтики):
 - 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 (А, D, Е, К).

Дискинезии (дисфункции, функциональные расстройства) желчевыводящих путей (билиарного тракта) — заболевания функциональной природы, обусловленные нарушениями моторики (развитие спазма билиарных сфинктеров и преходящего нарушения оттока желчи) и повышением висцеральной чувствительности, т. е. чувствительности стенок желчных путей. При этом структурной (органической) патологии, например холецистита, желчных камней, не выявляется [3].

Выделяют дискинезию желчного пузыря (ЖП) и дискинезию сфинктера Одди (СО). Последнюю,

в свою очередь, разделяют на дискинезию СО билиарного типа и дискинезию СО панкреатического типа. В первом случае преобладают симптомы со стороны желчных путей, во втором — со стороны поджелудочной железы (см. ниже). Своевременные диагностика и лечение функциональных билиарных расстройств важны как с точки зрения улучшения самочувствия пациентов, так и с точки зрения того, что функциональные заболевания могут служить исходной позицией и базисом для дальнейшего прогрессирования заболеваний желчных путей вплоть до желчнокаменной болезни (рис. 1).



Рис. 1. Прогрессирование патологии желчных путей от функциональных нарушений до структурной (органической) патологии

Дискинезии ЖП и сфинктерного аппарата желчных путей нередко диагностируют уже в детском возрасте. С помощью ретроспективного анализа удалось выяснить, что многие из этих детей воспитывались в неполных семьях (без отца) или жили с отчимом, в обстановке частых семейных конфликтов и ссор. В связи с этим они росли замкнутыми,

необщительными детьми, обделенными родительской лаской, нередко испытывали обиды от сверстников, ощущали себя одиночками, заброшенными. Следствием этих психотравмирующих воздействий явилось развитие детских психогений. Вероятнее всего, именно детские психогении и невротизация личности стали одной из причин развития у них дискинезий ЖП и желчных путей, с чем ранее связывали формирование такого типа характера — холе-рик (от греческого «холе» — желчь). Не зря Пьер Буаст говорил: «Желчь — это чернила дурного сердца». А. С. Пушкин в письме к Наталье Николаевне 29 мая 1834 г. писал: «У меня желчь, так извини мои сердитые письма. Целую вас и благословляю».

Помимо психогенных причин, в происхождении дискинезий имеют значение генетические факторы; гормональные влияния (например, начало менструаций у девочек); систематическое нарушение режима питания; несбалансированное питание и грубые диетические погрешности; различные интоксикации и инфекции, особенно вирусной природы, паразитарные заболевания; вегетативные дистонии; аллергические реакции (пищевая и лекарственная аллергия); нарушение продукции холецистокинина-панкреозимина (ХЦК-ПЗ) и др.

Развитие дискинезии СО у пациентов, перенесших холецистэктомию, вероятно, связано с повышением объемной нагрузки на общий желчный проток (депонирование желчи) и СО. При холецистэктомии возможно повреждение нервных путей регуляции. Показано, что в течение ближайшего периода после операции расслабляющее действие ХЦК-ПЗ на СО подавлено. В экспериментах на животных после холецистэктомии выявлены изменения продольных и циркулярных сокращений конечной части общего желчного протока, что предрасполагает к развитию функциональной обструкции (спазма). Патологический спазм СО вызывает преходящую обструкцию желчного и/или панкреатического протока, появление боли и повышение активности печеночных и/или панкреатических ферментов в крови.

Немаловажную роль в развитии дискинезий ЖП и СО отводят литогенной желчи, т. е. желчи с повышенным содержанием холестерина, что приводит к высокому риску формирования желчных камней. У пациентов возможно формирование билиарного сладжа — осадка в полости ЖП, состоящего из кристаллов холестерина и гелеобразной слизи, которая продуцируется слизистой оболочкой желчевыводящих путей. В условиях перенасыщения холестерином нарушаются сократимость мышечных волокон и восприятие сигнала от рецепторов, которые стимулирует ХЦК-ПЗ. Кроме того, прохождение кристаллов холестерина может вызвать повторную травматизацию сфинктеров, длительный рефлекторный спазм и развитие хронического воспаления [1].

Высокую распространенность дискинезий желчных путей в современном мире можно объяснить «эпидемией» ожирения и связанной с ней склонностью к образованию литогенной желчи и развитию воспалительной реакции в ЖП. Как точно и образно

отметил Игорь Губерман: «От желчи мир изнемогает, планета печенью больна...»

Дискинезии желчных путей диагностируют у 10–20% пациентов, чаще у женщин. Более высокую заболеваемость женщин можно объяснить влиянием женских половых гормонов (эстрогенов) на литогенный потенциал желчи (склонность к камнеобразованию) и моторику желчных путей, а также более частой обращаемостью за медицинской помощью.

В последние годы в индустриально развитых странах отмечена тенденция к повышению частоты диагностики дисфункции желчных путей одновременно с увеличением распространенности других функциональных заболеваний органов пищеварения. Это можно объяснить особенностями стиля жизни современных жителей развитых стран (чрезмерное содержание углеводов в пище и недостаточная двигательная активность, в результате чего повышается риск образования литогенной желчи и нарушается моторика желчных путей), «эпидемией» ожирения, а также появлением высокоточных методов обследования [3].

Диагностические критерии билиарной боли, связанной с дисфункцией желчевыводящих путей, определены в Европейском консенсусе, принятом в Риме в 2016 г. [6].

Эти критерии включают наличие эпизодов болей в эпигастральной области и/или в правом верхнем квадранте живота в сочетании со всеми нижеследующими признаками:

- длительность боли 30 минут и более;
- постоянный уровень болей во время приступа;
- рецидивирование симптомов с различными интервалами (необязательно ежедневно);
- боли умеренные или сильные, достаточно интенсивные, способные нарушить повседневную активность или привести в отделение неотложной помощи;
- боли не уменьшаются после стула;
- боли не уменьшаются после приема антацидов или ингибиторов протонной помпы.

Подтверждающие (необязательные) критерии билиарной боли.

Боли могут сочетаться с одним или более из нижеследующих симптомов:

- тошнота или рвота;
- иррадиация в спину и/или правую подлопаточную область;
- возникновение в ночные часы.

Диагностические критерии функционального расстройства ЖП [6]:

- наличие билиарной боли;
- отсутствие камней или других структурных изменений ЖП.

Подтверждающие (необязательные) критерии:

- нормальные уровни печеночных ферментов, связанной фракции билирубина и ферментов поджелудочной железы (амилазы/липазы) в крови;
- низкая фракция выброса ЖП (доля эвакуированной желчи из ЖП при его сокращении) при гепатобилиарной сцинтиграфии.

Хотя в Римских критериях IV не разделяют дисфункцию ЖП по гипер- и гипокинетическому типу, но в традициях отечественной медицины такое разделение по-прежнему применяется, т. к. его выявление влияет на тактику лечения.

Особенности клинических проявлений дисфункции ЖП по гиперкинетическому типу:

- приступы напоминают желчную колику (острые, кратковременные);
- возникают после волнений, реже — после пищевой провокации и физической нагрузки;
- боли не такие интенсивные и не такие длительные, как при желчнокаменной болезни;
- проходят самостоятельно, от прикладывания тепла на область правого подреберья или после приема спазмолитиков;
- редко бывает иррадиация (если есть, то в правую лопатку);
- боли не сопровождаются рвотой (но возможна тошнота), желтухой, лихорадкой;
- более чем у половины больных возникают неприятные ощущения в области сердца, тахикардия;
- больные эмоционально лабильны, иногда определяется вегетативная дисфункция (потливость, легко краснеют, неустойчивое артериальное давление), часть пациентов — холерики;
- реакции со стороны печени (реактивного гепатита, т. е. ее увеличения, болезненности) не бывает;
- при пальпации на высоте приступа определяется болезненность (но не резистентность) в проекции ЖП, объективные симптомы холецистита отрицательны.

Особенности клинических проявлений дисфункции ЖП по гипокинетическому типу:

- боли не имеют характера приступов;
- боли тупые, ноющие, разлитые, неинтенсивные;
- боли могут быть постоянными с периодическим усилением или периодическими, длящимися от 30 минут до нескольких часов;
- боли возникают ночью, при длительных перерывах между приемами пищи;
- боли облегчаются после еды, «слепых» зондирований, приемов холекинетиков (например, сульфата магния, сорбита, ксилита и др.);
- иррадиация в правое плечо или лопатку отмечается менее чем в 10% случаев;
- часто бывает тошнота, горечь во рту, снижение аппетита, неустойчивый стул (запоры с периодической диареей после приема жирной пищи), вздутие живота;
- больные обычно излишне спокойны, даже флегматичны, имеют избыточную массу тела, ведут малоподвижный образ жизни;
- симптомы воспаления (лихорадка, лейкоцитоз) отсутствуют;
- реактивного гепатита не бывает;
- возможна пальпаторная болезненность в проекции ЖП, но объективные симптомы холецистита не определяются.

Диагностические критерии функционального расстройства СО билиарного типа [6]:

- наличие билиарной боли;
- повышение уровня печеночных ферментов (трансаминаз), щелочной фосфатазы более 2 норм, связанное по времени по крайней мере с двумя эпизодами болей, или расширение общего желчного протока, но не оба признака вместе;
- отсутствие камней или структурных изменений в общем желчном протоке.

Подтверждающие (необязательные) критерии:

- нормальные показатели ферментов поджелудочной железы (амилазы/липазы);
- изменение показателей манометрии СО — предиктор хорошего ответа на сфинктеротомию;
- патологические результаты гепатобилиарной сцинтиграфии.

Диагностические критерии функционального расстройства СО панкреатического типа [6]:

- документально подтвержденные повторяющиеся эпизоды острого панкреатита с повышением активности амилазы/липазы более 3 норм и/или инструментальные доказательства острого панкреатита (при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и др.);
- исключение другой этиологии панкреатита;
- отсутствие органической патологии при эндоскопическом УЗИ;
- патологические результаты при манометрии СО.

Диагностические тесты при заболеваниях билиарного тракта делятся на первичные (скрининговые) и уточняющие.

Скрининговые:

- функциональные пробы печени, панкреатические ферменты в крови и моче;
- УЗИ (важно убедиться в отсутствии камней в ЖП, холецистита; наличие перегибов и перетяжек в ЖП в подавляющей части случаев клинического значения не имеет);
- фиброэзофагогастродуоденоскопия с детальным осмотром зоны большого дуоденального соска.

Уточняющие:

- УЗИ с оценкой функции ЖП и СО (т. н. динамическое УЗИ — определяют объем ЖП натощак, а затем через определенные промежутки времени после приема желчегонного «завтрака», например яичных желтков, что позволяет оценить сократимость ЖП и наличие спазма СО) (рис. 2);
- эндоскопическое УЗИ ЖП и желчных путей;
- гепатобилисцинтиграфия;
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография;
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с манометрией СО.

В период обострения дискинезии целесообразно соблюдать основные принципы диетического питания при заболеваниях желчных путей, а также защищать слизистую оболочку верхних отделов

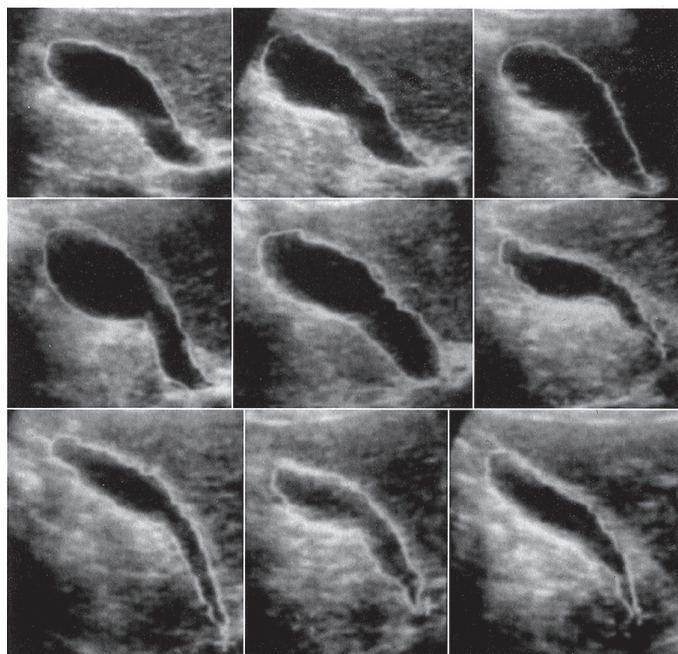


Рис. 2. Динамическая сонография ЖП — определяется гипотонически-гипокинетическая дисфункция ЖП (по Р. А. Иванченковой, 2006 [2])

желудочно-кишечного тракта от механического, термического и химического воздействий. Характер питания может быть приближен к диете № 5 по М. И. Певзнеру: пищу нужно принимать каждые 3 часа, отказаться от длительных перерывов в приеме пищи, желателно 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 целесообразно готовить преимущественно путем варки, тушения, запекания, на пару. В течение 1,5–2,0 часов после приема пищи следует 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). Также полезен прием негазированной минеральной воды в подогретом виде по ½ 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 [3].

Следует обратить внимание на нормализацию ритма сна, режима дня, обеспечение достаточного отдыха. При наличии нарушений настроения, психоэмоционального состояния целесообразна консультация психотерапевта [1].

Для лечения билиарных дисфункций показаны следующие группы препаратов: спазмолитики, урсодезоксихолевая кислота (УДХК), анальгетики, при необходимости прокинетики, антидепрессанты.

Спазмолитики назначают практически во всех случаях, в т. ч. при гипокинетической дискинезии ЖП, т. к. она в 80% случаев связана с гипертонусом СО. Рекомендуются те спазмолитики, которые влияют на желчные пути, в т. ч. СО: блокаторы кальциевых каналов (нифедипин, пинаверия бромид), нитраты (нитроглицерин, нитросорбид), блокаторы М-холинорецепторов (гиосцина бутилбромид), блокаторы натриевых каналов (мебеверин), препараты, влияющие на опиоидные рецепторы пищеварительного тракта (тримебутин), препараты со спазмолитическими и желчегонными свойствами (гимекромон), миотропные спазмолитики (дротаверин) и др.

Применение препаратов УДХК при дискинезии желчных путей обосновывается ее способностью снижать литогенность желчи, а также оказывать противовоспалительное действие на слизистую оболочку и мышечный слой желчных путей (снижает активность циклооксигеназы 2 и перекисного окисления липидов), что косвенно способствует нормализации нарушенной моторики и секреции. Есть данные о том, что УДХК восстанавливает чувствительность рецепторов желчных путей к ХЦК-ПЗ. Уровень доказательности эффективности УДХК при лечении билиарных дисфункций — В. УДХК принципиально важна в профилактике желчнокаменной болезни, ведь билиарные дисфункции являются первым этапом формирования желчных конкрементов. На фоне терапии УДХК у больных с микрохолелитиазом выявлено ускорение опорожнения ЖП, замедление времени нуклеации холестерина кристаллов, снижение индекса насыщения желчи холестерином, причем выявлена корреляция между скоростью опорожнения ЖП и составом желчи. Кристаллы в желчи ассоциированы не только с билиарным сладжем, но и с бескаменным холециститом, идиопатическим панкреатитом, билиарными болями, дисфункцией СО, постхолецистэктомическим синдромом, что объясняют миотоксическим действием холестерина желчи [3]. УДХК является одним из первых средств лечения идиопатического панкреатита, достоверно снижает частоту панкреатических атак.

УДХК при гипокинетической дисфункции ЖП, особенно при наличии билиарного сладжа и факторов риска желчнокаменной болезни, обычно назначают в виде курсового лечения в дозе 10–15 мг, а при гиперкинетической дисфункции — в дозе 10 мг на 1 кг массы тела в 2 приема после еды в течение от 2 недель до 2 месяцев. Курсы терапии можно повторять.

Побочные эффекты при лечении УДХК: в редких случаях возможно послабление стула, но оно через несколько дней проходит. Прекращать прием препарата не следует.

Ниже приведены некоторые особенности лечения гипер- и гипокинетической дисфункций ЖП.

При гиперкинетической дисфункции ЖП важно обратить внимание на следующие особенности:

- необходим частый дробный прием пищи (регулярное опорожнение ЖП);
- важно исключить продукты, провоцирующие спазм СО (жирное, жареное, острое, копченое, алкоголь, газированные и холодные напитки);

- показаны продукты, богатые магнием (гречневая каша, пшено, пшеничные отруби, белокочанная капуста);
- необходимо назначение спазмолитиков;
- показаны желчегонные препараты: холеретики (препараты, которые увеличивают продукцию желчи, в т. ч. растительные — бессмертник, куркума, артишок и др.);
- важным компонентом терапии является назначение препаратов УДХК;
- комплексное лечение также включает физиотерапию (электрофорез со спазмолитиками, парафин, озокерит и др.) и рефлексотерапию.

Лечение гипокинетической дисфункции ЖП имеет следующие отличительные черты:

- частое дробное питание (регулярное опорожнение ЖП);
- исключение продуктов, провоцирующих спазм СО (см. выше);
- показаны некрепкие мясные бульоны, сливки и сметана с минимальной жирностью, яйца всмятку, растительные масла (по 1 чайной ложке 2–3 раза в день за 30 минут до еды в течение до 3 недель);
- увеличение двигательной активности — бег, плавание;
- лечение запоров;
- «слепые» зондирования;
- рекомендованы спазмолитики;
- показаны холекинетики (куркума и др.);
- здесь также, как и при гиперкинетической дисфункции, показаны препараты УДХК;
- в комплекс лечения входят физиотерапия (синусоидальные модулированные токи,

ультразвук низкой интенсивности, импульсный ток низкой частоты) и рефлексотерапия.

Учитывая, что билиарные дисфункции часто имеют смешанный характер (гипотонически-гиперкинетические или гипертонически-гипокинетические) целесообразен выбор желчегонных препаратов, оказывающих и холеретическое, и гипокинетическое действие. Прекрасным примером является препарат Энгилон — комбинированный гепатопротектор, в состав которого входят куркума, артишок и силимарин. Последний обладает выраженным гепатопротекторным эффектом.

При неэффективности консервативного лечения и результатах обследования, подтверждающих структурные изменения (стеноз) в области конечной части общего желчного и/или панкреатического протока, может быть принято решение об эндоскопическом лечении, например о папиллосфинктеротомии.

Важное место в реабилитации после периода обострений и в профилактике занимают лечебная физкультура, дозированная ходьба, плавание, санаторно-курортное лечение в санаториях Трускавца, Моршина и др., 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.

Закончить хотелось бы высказыванием Д. Писарева «Где нет желчи и смеха, там нет и надежды на обновление».

Литература:

1. Бугаев А. О. Хронические заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Москва, 2015. 144 с.
2. Иванченкова Р. А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. Москва, 2006. 416 с.
3. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Шулпекова Ю. О., Баранская Е. К., Охлобыстин А. В., Трухманов А. С., Лапина Т. Л., Шептулин А. А. Клинические

рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии желчевыводящих путей. *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2018. № 3. С. 6–80.

4. Drossman D. A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016. Vol. 150. P. 1262–1279.

УДК 616.361-009.2:001.53
doi: 10.33149/vkp.2019.04.10

RU

Дискинезии желчевыводящих путей: традиционные и современные представления

Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко, А. В. Юрьева, Е. Н. Коваль

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: функции желчи, дисфункции желчного пузыря и билиарных сфинктеров, гипокинетическая и гиперкинетическая дисфункции желчного пузыря, Римский консенсус IV, лечение, урсодезоксихолевая кислота

В статье проанализированы традиционные и современные представления о патогенезе, клинических проявлениях, диагностике и лечении дисфункций желчного пузыря и билиарных сфинктеров. Выделены функции желчи и ее роль в процессе пищеварения. Подробно описаны диагностические критерии билиарных дисфункций в соответствии с Римским консенсусом IV (обязательные и подтверждающие), но приведены и клинико-диагностические критерии классических вариантов дискинезий желчевыводящих путей, а именно гипо- и гиперкинетической дискинезий желчного пузыря. Описано лечение билиарных дисфункций согласно Римскому консенсусу IV, а также с учетом типа дискинезии. Целесообразно соблюдать основные принципы диетического питания при заболеваниях желчных путей, а также защищать слизистую оболочку верхних отделов

желудочно-кишечного тракта от механического, термического и химического воздействий. Важно принимать пищу в спокойной обстановке, не спеша. Перечислены спазмолитики, которые применяют при билиарных дисфункциях: М-холинолитики, миотропные спазмолитики, блокаторы кальциевых и натриевых каналов и др. Особо подчеркнута значимость урсодезоксихолевой кислоты в лечении функциональных заболеваний желчных путей. Применение препаратов урсодезоксихолевой кислоты при дискинезии желчных путей обосновывается ее способностью снижать литогенность желчи, а также оказывать противовоспалительное действие на слизистую оболочку и мышечный слой желчных путей, что косвенно способствует нормализации нарушенной моторики и секреции. Выделены преимущества комбинированного препарата Энгилон, состоящего из расторопши, артишока и куркумы. При неэффективности консервативного лечения и результатах обследования, подтверждающих структурные изменения (стеноз) в области конечной части общего желчного и/или панкреатического протока, может быть принято решение об эндоскопическом лечении.

УДК 616.361-009.2:001.53
doi: 10.33149/vkp.2019.04.10

UA Дискінезії жовчовивідних шляхів: традиційні та сучасні уявлення

Н. Б. Губергрітц, Н. В. Бєляєва, Г. М. Лукашевич, П. Г. Фоменко, А. В. Юр'єва, О. М. Коваль
Донецький національний медичний університет, Україна

Ключові слова: функції жовчі, дисфункції жовчного міхура і біліарних сфінктерів, гіпокінетична і гіперкінетична дисфункції жовчного міхура, Римський консенсус IV, лікування, урсодезоксихолева кислота

У статті проаналізовано традиційні та сучасні уявлення про патогенез, клінічні прояви, діагностику та лікування дисфункцій жовчного міхура і біліарних сфінктерів. Виокремлено функції жовчі та її роль у процесі травлення. Докладно описані діагностичні критерії біліарних дисфункцій відповідно до Римського консенсусу IV (обов'язкові і підтверджуючі), до того ж наведені і клініко-діагностичні критерії класичних варіантів дискінезій жовчовивідних шляхів, а саме гіпо- та гіперкінетичної дискінезій жовчного міхура. Описано лікування біліарних дисфункцій згідно з Римським консенсусом IV, а також з урахуванням типу дискінезії. Доцільно дотримуватися основних принципів дієтичного харчування при захворюваннях жовчних шляхів, а також захищати слизову оболонку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту від механічного, термічного і хімічного впливу. Важливо приймати їжу у спокійній атмосфері, не поспішаючи. Перераховано спазмолітики, які застосовують при біліарних дисфункціях: М-холінолітики, міотропні спазмолітики, блокатори кальцієвих і натрієвих каналів та ін. Особливо підкреслено значення урсодезоксихолевої кислоти у лікуванні функціональних захворювань жовчних шляхів. Застосування препаратів урсодезоксихолевої

кислоти при дискінезії жовчних шляхів обґрунтовується її здатністю знижувати літогенність жовчі, а також справляти протизапальну дію на слизову оболонку і м'язовий шар жовчних шляхів, що побічно сприяє нормалізації порушеної моторики і секреції. Виділено переваги комбінованого препарату Енгилон, що складається з розторопші, артишоку і куркуми. При неефективності консервативного лікування і результатах обстеження, що підтверджують структурні зміни (стеноз) в ділянці кінцевої частини загальної жовчної і/або панкреатичної протоки, може бути прийнято рішення про ендоскопічне лікування.

EN Biliary dyskinesia: traditional and modern views

N. B. Gubergrits, N. V. Byelyayeva, G. M. Lukashevich, P. G. Fomenko, A. V. Yuryeva, E. N. Koval
Donetsk National Medical University, Ukraine

Key words: bile functions, gallbladder and biliary sphincters dysfunctions, hypokinetic and hyperkinetic dysfunctions of gallbladder, Rome Consensus IV, treatment, ursodeoxycholic acid

Traditional and modern views on pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment of the gallbladder and biliary sphincters dysfunctions are analyzed in the article. Functions of bile and its role in the process of digestion are highlighted. Diagnostic criteria for biliary dysfunctions are described in detail in accordance with the Rome Consensus IV (mandatory and confirmatory); clinical and diagnostic criteria for the classical variants of biliary dyskinesia, namely hypo- and hyperkinetic dyskinesia of the gallbladder, are being presented. Treatment of biliary dysfunctions is described according to the Rome Consensus IV, taking into account the type of dyskinesia. It is reasonable to follow the basic principles of dietary nutrition in diseases of the biliary tract, as well as to protect the mucous membrane of the upper gastrointestinal tract from mechanical, thermal and chemical effects. It is important to eat in a relaxed atmosphere, not in a hurry. The antispasmodics that are used for biliary dysfunctions are listed: M-cholinolytics, myotropic antispasmodics, calcium and sodium channel blockers, etc. Importance of ursodeoxycholic acid in treatment of functional biliary diseases is emphasized. The use of ursodeoxycholic acid preparations in biliary dyskinesia is based on its ability to reduce the lithogenicity of bile, as well as exert an anti-inflammatory effect on the mucous and muscular layer of the biliary tract, which indirectly contributes to the normalization of impaired motility and secretion. Advantages of the combined drug Engilon consisting of milk thistle, artichoke and turmeric are highlighted. With the ineffectiveness of conservative treatment and the results of the examination, confirming structural changes (stenosis) in the ending area of common bile and/or pancreatic duct, decision on endoscopic treatment can be made.