



УДК 616.366.367-008.07.08



КОСИНЬСКА С.В.

Кафедра гастроентерології та терапії ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

## БІЛІАРНІ ДИСФУНКЦІЇ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

**Резюме.** Викладено сучасні підходи до класифікації, формулювання діагнозу, діагностики та лікування дисфункції жовчного міхура та сфінктера Одді. Наголошено на ефективності консервативної терапії дисфункцій.

**Ключові слова:** дисфункція жовчного міхура, дисфункція сфінктера Одді, діагностика, лікування.

Дискінетичні розлади жовчовивідної системи (ЖВС) досить часто зустрічаються як у дорослих, так і в дітей. Хоча є прогностично сприятливою патологією, можуть суттєво порушувати життєдіяльність пацієнтів, зумовлюючи часте звернення до лікаря, із часом можуть розвинути у холецистит чи жовчнокам'яну хворобу [1].

Дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) у класичному розумінні — це розлад координованої рухової діяльності жовчного міхура (ЖМ) та/або сфінктерів ЖВС, що проявляється порушенням виведення жовчі з печінки й жовчного міхура до дванадцятипалої кишки [1]. При цьому підкреслюється відсутність органічного субстрату хвороби, тобто ДЖВШ належить до функціональної патології біліарного тракту [2].

Разом із тим, якщо звернутися до сучасних класифікацій, то помітна відсутність такого діагнозу, як ДЖВШ. Фактично поняття ДЖВШ замінено на термін «біліарні дисфункції». Згідно з класифікацією функціональних розладів шлунково-кишкового тракту останнього перегляду — Римських критеріїв III (2006), під відповідним розділом виділяють дисфункцію жовчного міхура та дисфункцію сфінктера Одді (СфО), яка, у свою чергу, розподіляється на дисфункцію СфО біліарного типу та панкреатичного типу [3, 4].

У попередніх Римських критеріях II перегляду чітко не виділяли дисфункцію СфО за біліарним та панкреатичним типом.

### Римські критерії III (2006)

Е. Біліарні розлади

Е1. Дисфункція жовчного міхура

Е2. Дисфункція сфінктера Одді біліарного типу

Е3. Дисфункція сфінктера Одді панкреатичного типу

Ця класифікація узгоджується з класифікацією МКХ-10, де під відповідним шифром виокремлюється дискінезія жовчної протоки або жовчного міхура та спазм сфінктера Одді.

### МКХ-10

82.8. Дискінезія жовчного міхура або міхурової протоки

83.4. Спазм сфінктера Одді

Отже, клінічний діагноз повинен формулюватися не як ДЖВШ, а саме як дисфункція жовчного міхура або дисфункція сфінктера Одді. У той же час анатомічно, фізіологічно та патогенетично жовчний міхур та сфінктер Одді пов'язані між собою, і на практиці часто складно розрізнити їх дисфункцію окремо. Чітка диференціація цих станів можлива тільки при додатковому інструментальному дослідженні. Але ті методи дослідження, що необхідні для уточнення діагнозу, в умовах нашої країни не завжди доступні

© Косинська С.В., 2014

© «Гастроентерологія», 2014

© Заславський О.Ю., 2014



та їх інформативність обмежена. Проте сучасні керівництва вимагають саме такого підходу та формулювання.

## Діагностика біліарних дисфункцій

Згідно з Римськими критеріями III (2006) виділяють клінічні критерії дисфункцій ЖМ та СфО [3, 4]. Зауважимо, що вони є загальними для обох форм, отже, їх клінічне розмежування ускладнено.

## Діагностичні клінічні критерії дисфункцій ЖМ і СфО

### Римські критерії III (2006)

*Епізоди болю в надчеревній ділянці і/або правому підребер'ї:*

- тривалість епізодів 30 хв і довше;
- поточні ознаки спостерігаються в різних інтервалах (не щодня);
- біль наростає до постійного рівня;
- біль помірний, але достатній, щоб впливати на життєдіяльність пацієнта або обумовлювати звернення по екстрену медичну допомогу;
- біль не зменшується після спорожнення;
- біль не зменшується при зміні положення тіла;
- біль не зменшується після прийому антисекреторних засобів;
- заперечення іншої причини, що пояснювала б симптоми.

### Додаткові критерії

Біль супроводжується 1 або кількома ознаками, а саме:

- біль пов'язаний із нудотою і блювотою;
- біль іррадіює у спину і/або праву підлопаткову ділянку;
- біль будить вночі.

Якщо біль у правому підребер'ї не підпадає під ці критерії, наприклад більш короткий, 5–10 хвилин, а не 30 хвилин, не порушує життєдіяльності, але непокоїть хворого, як розцінювати такі стани? Деякі автори пропонують діагноз не дисфункції, а синдрому — біліарної диспепсії [5], хоча це не є загальноприйнятою точкою зору.

Як видно з наведених діагностичних критеріїв III Римського консенсусу, діагноз ґрунтується в основному на клінічних проявах. Подальша диференціація можлива лише при застосуванні спеціальних лабораторно-інструментальних методів дослідження. Жоден використовуваний тест не є стандартом, а діагностична цінність їх залишається суперечливою. Проте наявність зазначених скарг передбачає певний алгоритм обстеження з проведенням скринінгових та уточнюючих тестів [6–8]. Воно включає функціональні проби печінки — підвищення печінкових ферментів і/або білірубіну, що збігається за часом принаймні з двома епізодами біліарних болю, дозволяє запідозрити дисфункцію СфО. Визначення панкреатичних ферментів у крові та сечі, значуще підвищення амілази або ліпази, що збігаються в часі з панкреатичними болями, вказують на дисфункцію СфО панкреатичного типу.

Також на першому етапі обстеження проводяться УЗД органів черевної порожнини та верхня ендоскопія. Якщо обстеження не виявляють відхилень, то застосовуються спеціальні методи. Виявити моторно-евакуаторні порушення ЖВС можна за допомогою методів дослідження біліарної системи з навантажувальними пробами.

## Діагностика дисфункції ЖМ

Золотим стандартом виявлення дисфункції згідно з Римськими критеріями III є гепатобіліарна сцинтиграфія [3, 4, 9]. Перевагою методу є можливість безперервного одночасного спостереження за евакуацією жовчі на всіх етапах її витоку від печінкових шляхів до ДПК. Моторно-евакуаторна функція ЖМ оцінюється за фракцією викиду після внутрішньовенного введення холецистокініну.

Нормальним скороченням ЖМ є фракція викиду понад 40 %, менше 40 % оцінюється як дисфункція ЖМ.

До недоліків процедури можна зарахувати те, що вдале дослідження можливе лише при попередньо відомій нормальній дезінтоксикаційній функції печінки та відсутності обструкції жовчних шляхів. Радіоізотопні методи потребують значного фінансування у зв'язку з вартістю апаратури та певною шкідливістю обслуговування, що обмежує їх використання в нашій країні.

Найбільш поширеним є встановлення скорочувальної властивості ЖМ за допомогою динамічного ультразвукового дослідження (УЗД) з визначенням розмірів ЖМ, обчислення його об'єму до та після дії різних подразників та подальшого відсотка скорочення ЖМ від вихідного. Запропоновано різні методики з використанням різних подразників, з різними проміжками часу та кратністю вимірів, оцінкою результатів [2, 3, 5, 10]. Частіше застосовується методика з визначенням розмірів ЖМ через 30 хвилин після прийому подразників. Оцінка отриманих даних проводиться таким чином: при скороченні ЖМ менше 40 % від вихідного можна виставити діагноз дисфункції ЖМ, що відповідає «старому діагнозу» гіпомоторної дискінезії або поняттю «застійний ЖМ». Зараз не виділяють гіпермоторну дискінезію ЖМ як некаменеутворюючу.

Звертає увагу, що статичне однократне УЗД не може бути основою для діагнозу дискінезії. Проте воно може допомогти віддиференціювати наявність запального процесу ЖМ або камінців, тоді дискінетичні розлади можуть супроводжувати основну патологію.

Мікроскопічне та біохімічне дослідження жовчі, що зараз проводять все рідше, також недостатньо інформативні у диференціальній діагностиці ДЖВП. У Римських критеріях III згадується тільки дослідження жовчі, отриманої під час ЕРХПГ або ендоскопічно з дванадцятипалої кишки.

Застосування больових провокуючих тестів (використання холецистокініну, а також морфіну (про-



стигміну)), що провокує напад біліарного болю, за літературними даними, істотно обмежено їх низькою чутливістю і специфічністю. А в умовах нашої країни не виконуються зовсім.

## Діагностика дисфункції сфінктера Одді

Згідно з Римськими критеріями III, точним методом діагностики дисфункції СфО є ендоскопічна манометрія сфінктера Одді: безпосереднє вимірювання тиску у сфінктерному отворі (введення манометра у великий дуоденальний сосочок за допомогою фіброгастродуоденоскопа) [6, 9, 12]. Якщо базальний тиск понад 40 мм рт.ст., діагностується дисфункція СфО. Дозволяє оцінити тонування СфО, також амплітуду хвиль, частоту скорочень сфінктера (тахіодія, брадіодія) та аномальну відповідь на холецистокінін при пробах. Тому дисфункція — більш широке поняття, ніж спазм. Проте сама процедура ендоскопічної манометрії, як етапу ЕРХПГ, може бути причиною серйозних ускладнень, і її ризик може не виправдовуватись. У зв'язку з цим встановлені чіткі показання для проведення цієї процедури, і хворим без підвищення трансаміназ та розширення холедоха манометрія не проводиться.

Виділяють 3 типи дисфункції СфО біліарного типу (табл. 1) [6, 12].

Таким чином, при дисфункції СфО 3-го типу виявляються тільки напади болю, що й характерно для більшості терапевтичних хворих. ЕРХПГ у таких хворих не рекомендується, оскільки інформативність менша, ніж ризик ускладнень самої процедури. Власне функціональним розладом звикли вважати відсутність органічних змін, тоді як розширення холедоха, підвищення печінкових проб частіше є ознаками органічного ураження. Тобто саме 3-й тип дисфункції СфО підлягає консервативному веденню.

Манометрія не показана пацієнтам із дисфункцією СфО 1-го типу, тому що ендоскопічна сфінктеротомія у них виявляється ефективною більше ніж у 90 % випадків (навіть при нормальних результатах манометрії). При 3-му типі патологічні зміни функції СфО виявляються рідко, а ризик розвитку ускладнень у результаті дослідження досить високий. У пацієнтів із 2-м типом дисфункції СфО проведення манометричного дослідження найбільш обґрунтовано, тому що в 50 % випадків у них підвищений рівень базального тиску сфінктера. У пацієнтів із панкреатичним

типом велика ймовірність розвитку панкреатиту, пов'язаного з проведенням дослідження [6, 12].

Підвищений базальний тиск — ознака або стенозу, або спазму СфО. При спазмі тиск СфО зменшується після призначення препаратів, що розслаблюють гладку мускулатуру. З цієї причини призначення манометрії СфО має ґрунтуватися на тяжкості клінічних проявів та ефективності консервативної терапії. Манометрія дозволяє точно встановити діагноз до початку застосування більш радикальних методів лікування.

Важливою при статичному УЗД є оцінка стану холедоха та його розширення. Збільшення холедоха понад 8 мм може вказувати на перешкоду відтоку жовчі, але ці дані недостатньо інформативні, тому що подібне явище спостерігається у 3–4 % пацієнтів після холецистектомії. Діаметр жовчних проток вимірюють з інтервалом в 15 хв протягом 1 години. У нормі діаметр жовчних проток не змінюється. При збільшенні діаметра на 2 мм і більше порівняно з вихідним рівнем можна припустити наявність дисфункції СфО [3, 4, 9].

При гепатобіліарній скінтиграфії підтверджується дисфункція СфО, якщо затримується вихід жовчі до дванадцятипалої кишки, тобто збільшується так званий латентний період (після введення жовчогінного подразника), але остаточно цей час не визначений [6, 9].

Застосовують також фіброгастродуоденоскопію з оглядом великого дуоденального сосочка (ВДС) для оцінки його функції. Після черезендоскопічного введення подразників реєструють час появи жовчі з ВДС.

Інші методи дослідження використовують переважно для диференціальної діагностики. Комп'ютерна томографія: більш чітко діагностує структурні зміни, ніж УЗД. З інших інструментальних методів для диференціальної діагностики застосовують магнітно-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ, переважно з введенням секретину) — безпечний спосіб огляду біліарних і панкреатичних проток, який дає можливість виключити інші захворювання підшлункової залози і жовчних шляхів, що викликають подібний больовий синдром (хронічний панкреатит, закупорку протоки конкрементом, стриктури проток, пухлини фатерова сосочка тощо). Використання цієї методики доцільне у хворих із дисфункцією СфО 2-го і 3-го типів, при веденні яких рекомендується уникати, якщо можливо, інвазивних обстежень [12].

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ): дані ЕРХПГ, такі як діаметр холедоха понад 12 мм та уповільнене виділення контрасту (понад 45 хв), є діагностичними критеріями дисфункції СфО. Додатковими ознаками є розширення панкреатичної протоки більше ніж на 5 мм і уповільнене виведення контрасту з панкреатичних проток (понад 10 хв). Однак премедикація, недостатня стандартизація методу і ризик розвитку панкреатиту суттєво обмежують цінність методу.

На наш погляд, у діагностичному плані залишається незамінним дуоденальне зондування (ДЗ), що використовується понад 100 років, з часів Мельтце-

**Таблиця 1 — Класифікація дисфункцій сфінктера Одді біліарного типу**

| Тип | Підвищення АЛТ та/або ЛФ понад 2 норми | Розширення холедоха більше 12 мм | Уповільнене виділення контрасту понад 45 хвилин при ЕРХПГ |
|-----|--|----------------------------------|---|
| 1   | +                                      | +                                | +   |
| 2   | +/-                                    | +/-                              | +/-   |
| 3   | -                                      | -                                | -   |



ра — Лайона (1917–1919 рр.). Це власне основний доступний метод, що дозволяє на сьогодні встановити функцію сфінктера Одді, у тому числі у випадках, коли інвазивні процедури не показані. Найбільш точною є методика В.А. Максимова та співавт. (1998) [13]. Перевагою цієї методики є чіткі кількісні критерії діагностики (табл. 2).

Авторами використовується показник напруження жовчовиділення — відношення об'єму виділеної жовчі до часу виділення:  $H = V/t$  (норма 1,9–2,3 мл/хв), який має визначальний вплив на діагноз дискінезій: напруження жовчовиділення понад 2,3 мл/хв свідчить про гіперкінезію, менше 1,9 мл/хв — про гіпокінезію. Адже при ДЗ іноді виявляються протилежні дані, що важко інтерпретувати. Наприклад, виділення збільшеної кількості жовчі можна розцінити як гіпомоторну дискінезію, якщо жовч іде повільно, і як гіпермоторну, якщо йде під тиском швидко. Показник напруження жовчовиділення є інтегративним, отже, враховує різні складові процесу жовчовиділення. Цей показник можна використовувати при застосуванні будь-якої методики ДЗ.

Відмінність багатофазного ДЗ від звичайного методу, 3-фазного (з виділенням порцій жовчі: А — дуоденальної, В — міхурової, С — печінкової), також у тому, що додатково виділяють другу фазу — фазу закритого сфінктера Одді, так званий латентний період, що відображає моторику сфінктера Одді. Його нормальний час становить 5–7 хвилин, понад 7 хвилин — діагностується спазм сфінктера Одді.

Дисфункція СфО діагностується згідно з Римськими критеріями III, як правило, після холецистектомії, але може виставлятися за наявності ЖМ, якщо не підтверджується зниження скоротливої здатності ЖМ, а виявляються клінічні дані за біліарний біль.

Важливим є виділення дисфункції СфО панкреатичного типу, адже в цей діагноз буде вкладатися частина (до 40 %) діагнозів хронічного панкреатиту [8]. Панкреатичний тип дисфункції СфО може бути представлений болями в лівому підребер'ї, що часто іррадіюють у спину і супроводжуються підвищенням сироваткової амілази або ліпази. У Римських критеріях не вказаний рівень підвищення панкреатичних ферментів, що розрізняв би органічні та функціональні зміни. Лише звертають увагу на відсутність традиційних причин панкреатиту (зловживання алкоголем та/або біліарні конкременти).

Наш досвід підказує, що важливим є психологічне та вегетативне дослідження, щоб виявити наявність психоемоційних порушень у пацієнтів із функціональними захворюваннями жовчного міхура, оцінити структуру і

ступінь вираженості цих порушень для їх подальшої корекції, на що вказують і інші спеціалісти [14].

## Лікування

Згідно з Римськими критеріями III лікування дисфункції ЖМ полягає в холецистектомії. Лікування дисфункції СфО, відповідно, полягає у сфінктеротомії. Як варіант для лікування дисфункції СфО розглядається введення у м'язи сфінктера ботулотоксину, хоча це має тимчасовий ефект. Найбільш доведена необхідність та ефективність сфінктеротомії при дисфункції СфО панкреатичного типу та біліарного типу з розширенням холедоха. Можливе її застосування також при дисфункції біліарного типу без розширення холедоха при неефективності консервативної терапії [6, 8, 9, 12].

Консервативна терапія в Римських критеріях на експертному рівні представлена недостатньо. Є посилення на застосування ніфедипіну, тобто препарату групи антагоністів кальцію, для зняття спазму СфО, але вказано, що результати досліджень потребують тривалих багатоцентрових досліджень [15]. У літературі є дані про застосування нітратів, власне нітрогліцерину та нітросорбїду [16]. Але як блокатори кальцевих каналів, так і нітрати рідко вживаються на практиці з метою корекції біліарних дисфункцій.

Як перспективу лікування дисфункції ЖМ згадують УДХК, прокінетики, знеболюючі засоби [3, 4].

Відомо, що вітчизняними гастроентерологами накопичений багатий досвід лікування дисфункцій консервативними методами. Так, за нашими даними, ефективність консервативної терапії досягає 70 %, отже, показана більшості хворих.

Для корекції спазму СфО [17] перевагу надають призначенню селективних міотропних спазмолітиків. До них належать мебеверин, альверин, пінаверин, отилоніум бромід. Їх перевагою є відсутність системних спазмолітичних ефектів, впливу на серцево-судинну систему, мінімальна спазмолітична дія на ЖМ. При цьому препарати призначають у стандартних дозах, за необхідності — можна тривало, декілька місяців.

Використовують також антихолінергічні засоби, селективні для ІШКТ, оскільки парасимпатична нервова система підсилює моторику та секрецію шлунково-кишкового тракту. Особливостями їх застосування є вплив на секреторну функцію — вона пригнічується, а також неможливість тривалого призначення.

Для кращого відтоку жовчі, збільшення її текучості застосовують препарати урсодезоксихолевої кислоти (УДХК). Фактично це єдиний препарат, що може забезпечити профілактику каменеутворення,

**Таблиця 2 — Нормальні показники багатофазного дуоденального зондування за методикою В.А. Максимова та співавт. (1998)**

| Багатофазне дуоденальне зондування | Етапи      | I     | II  | III     | IV      | V       |
|------------------------------------|------------|-------|-----|---------|---------|---------|
|                                    | Об'єм (мл) | 26–34 |     |         | 1–5     | 57–71   |
| Час (хв)                           | 18–22      |       | 5–7 | 2–4     | 30–36   | 60      |
| Напруга                            | 1,2–1,4    |       |     | 0,8–1,2 | 1,9–2,3 | 1,2–1,4 |



покращення реологічних властивостей жовчі, що дозволяють їй витікати крізь звужений спазмом або стенозом сфінктерний отвір. Особливостями її призначення є дозування за масою тіла, за різними даними, 5–10 мг/кг маси тіла та необхідність тривалого прийому — 3–6 місяців. У результаті УДХК, а це третинна жовчна кислота, витісняє первинні та вторинні жовчні кислоти, збільшуючи свій пул у жовчі, у тому числі власне в ЖМ. Крім того, УДХК діє як на рівні біліарного тракту, так і на рівні печінки, зокрема гепатоциту. Доведені такі позитивні ефекти УДХК, як гепатопротекторний, холеретичний, антиоксидантний, регуляторний, антиапоптічний, антиатеросклеротичний та ін. [19, 20]. Якщо при гепатитах, цирозах жовчогінні протипоказані, то УДХК навпаки є препаратом вибору.

Переваги УДХК виводять препарат на перший план серед інших засобів для лікування будь-якої біліарної дисфункції.

Накопичений багаторічний досвід використання жовчогінних препаратів при біліарних дисфункціях. Всі препарати мають свої особливості як стосовно показань, так і за своїми фармакологічними показниками, що зумовлює вибір того чи іншого засобу. Зауважимо, що жовчогінні засоби доцільно призначати періодичними курсами по 2–3 тижні, з повторним проведенням через 3–6 місяців. Такі курси можна поєднувати з тривалим прийомом УДХК.

До труднощів лікування хворих на біліарні дисфункції належить часте поєднання зниження скорочувальної функції ЖМ та спазму СфО, хоча в Римському консенсусі III зовсім немає згадування таких поєднань та тактики їх ведення. Зрозуміло, що такі поєднання потребують призначення препаратів протилежно спрямованої дії: спазмолітиків та жовчогінних. Тому важливо уникати поєднання цих засобів, віддавати перевагу тій чи іншій групі залежно від проявів, але необхідно пам'ятати про домінуюче значення спазму СфО. За необхідності призначення такої комбінації оптимальним є поєднання селективних спазмолітиків та УДХК.

Крім препаратів, що безпосередньо впливають на кінетику ЖВС, також на дискінезії впливають нормалізація нейрогуморальної регуляції та психокорекція [14, 19].

Для стійкого терапевтичного ефекту необхідне лікування супутніх захворювань ШКТ — виразкової хвороби, гастродуоденіту, панкреатиту, гепатиту, дисбактеріозу кишечника.

## Проблеми діагностики та лікування дисфункцій біліарного тракту

Підсумовуючи викладене, треба зауважити:

— Не завжди доступні методи, що дозволяють диференціювати окремо дисфункцію ЖМ та СфО. Проте сучасні керівництва вимагають саме такого підходу та формулювання.

— На сьогодні класифікація дисфункцій фактично виключає наявність гіпермоторної дискінезії жовчно-

го міхура та гіпотонії сфінктера Одді як некаменеутворюючих. Але ця наявність підтверджується багаторічним досвідом як наукової, так і практичної медицини. Так, наприклад, E. V. Lindholm et al. (2013) критерієм гіпермоторних дискінезій (у дітей до 18 років) вважали ФВ ЖМ 80 % та більше; здивувало те, що методом лікування обрано холецистектомію [21]. Як враховувати такі розлади біліарної системи — незрозуміло.

— До клінічного критерію діагностики дисфункцій входить наявність нічного болю, тоді як у цілому нічний біль у гастроентерології вважають симптомом тривоги, що вказує на органічну патологію, а не функціональну. Отже, цей критерій складно прийняти в наших умовах.

— Діагноз біліарних дисфункцій заперечує наявність іншої патології ШКТ, це самостійний діагноз, а у нас він є, як правило, супутнім для гастроентерологічної патології.

— Найбільшим парадоксом дисфункцій ЖМ є застосування холецистектомії. При цьому застосування радикального методу обґрунтовується виявленням хронічного запалення жовчного міхура при постопераційному морфологічному дослідженні. Так, R. M. Goncalves та співавт. (1998), спираючись на скорочення ЖМ менше 35 % після введення холецистокініну за даними гепатобіліарної сцинтиграфії, встановили доопераційний діагноз «біліарна дискінезія», але в 95 % випадків при операції знайшли хронічне безкам'яний запалення [22]. С. А. Wybourn (2013) активно проводили холецистектомію при зниженій ФВ ЖМ, а у 75 % патологоанатомічно знаходили хронічний холецистит [23]. Тобто діагнозом тоді є холецистит, а не дисфункція? Це підтверджує існуючу діагностичну плутанину. Таким чином, явно простежується різне розуміння суті патологічного процесу, бо якщо ДЖВП — функціональне захворювання, то навіщо вдаватись до оперативного втручання та видаляти орган?

## Висновки

1. Дисфункція ЖМ — більш широке поняття, ніж функціональний розлад, тому і застосовується радикальне лікування. Через це даний діагноз сьогодні в умовах нашої країни охоплює більшість випадків безкам'яної патології ЖМ.

2. Необхідна розробка критеріїв діагнозу в наших умовах. Можливо доцільно закріпити діагноз «біліарні дисфункції» при наявності відповідних клінічних даних і неможливості подальшої інструментальної диференціації окремо дисфункції ЖМ та СфО, щоб в нашій країні узгодити міжнародні стандарти з реальністю.

3. При виявленні дисфункції ЖМ та/або СфО рекомендувати спочатку консервативне лікування, а холецистектомію та сфінктеротомію залишити як заключний радикальний метод лікування.

4. Як основні засоби консервативного лікування біліарних дисфункцій рекомендується застосовувати УДХК, а при встановленні дисфункції СфО — селек-



тивні міотропні спазмолітики, за необхідності в комбінації з УДХК, які можливо призначати тривало, декілька місяців.

## Список літератури

1. Барановский А. Гастроэнтерология. Справочник / А. Барановский. — СПб., 2013. — 512 с.
2. Funch-Jensen P. Evaluation of the biliary tract in patients with functional biliary symptoms / P. Funch-Jensen, A.M. Drewes, L. Madácsy // *World J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 12, № 18. — P. 2839-2845.
3. Римський консенсус III. Дисфункції жовчного міхура та сфінктера Oddi // *Сучасна гастроентерологія.* — 2007. — № 1 (33). — С. 94-110.
4. Talley N.J. Functional gastrointestinal disorders in 2007 and Rome III: something new, something borrowed, something objective / N.J. Talley // *Rev. Gastroenterol. Disord.* — 2007. — Vol. 7, № 2. — P. 97-105.
5. Гирса В.Н. Характеристика вариантности билиарной патологии / В.Н. Гирса // *Вестник Витебского государственного медицинского университета.* — 2012. — Т. 11, № 1. — С. 60-72.
6. Baillie J. Sphincter of Oddi dysfunction / J. Baillie // *Curr. Gastroenterol. Rep.* — 2010. — № 12 (2). — P. 130-134.
7. Dauer M. Mandatory and optional function tests for biliary disorders / M. Dauer, F. Lammert // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 2009. — № 23(3). — P. 441-451.
8. Vassiliou M.C. Biliary dyskinesia / M.C. Vassiliou, W.S. Laycock // *Surg. Clin. North Am.* — 2008. — № 88(6). — P. 1253-1272.
9. Functional gallbladder and sphincter of oddi disorders / J. Behar, E. Corazzari, M. Guelrud et al. // *Gastroenterology.* — 2006. — 130 (5). — P. 1498-1509.
10. Баранская Е.К. Диагностика и возможности коррекции функциональной патологии билиарного тракта / Е.К. Баранская, Е.Ю. Юрьева, Т.Л. Лемина, В.Т. Ивашкин // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* — 2007. — № 2. — С. 7-11.
11. Is routine ultrasound examination of the gallbladder justified in critical care patients? / P. Myrianthefs, E. Evoia, I. Vlachou [et al.] // *Crit. Care Res. Pract.* — 2012. — 2012. — 565-617.
12. Prajapati D.N. Sphincter of Oddi dysfunction and other functional biliary disorders: evaluation and treatment /

*D.N. Prajapati, W.J. Hogan // Gastroenterol. Clin. North Am.* — 2003. — № 32(2). — P. 601-618.

13. Максимов В.А. Дуоденальное исследование / Максимов В.А., Чернышов А.Л., Тарасов К.М. — М.: ЗАО «Медицинская газета». — 192 с.

14. Psychosocial Characteristics and Pain Burden of Patients With Suspected Sphincter of Oddi Dysfunction in the EPISOD Multicenter Trial / Brawman-Mintzer O., Durkalski V., Wu Q. [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 109, № 3. — P. 436-442.

15. Sand J. Calcium channel antagonists and inhibition of human sphincter of Oddi contractions / Sand J., Arvola P., Nordback I. // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2005 — Vol. 40, № 12. — P. 1394-1397.

16. Toyoyama H. The use of intravenous nitroglycerin in a case of spasm of the sphincter of Oddi during laparoscopic cholecystectomy / Toyoyama H., Kariya N., Hase I., Toyoda Y. // *Anesthesiology.* — 2001. — Vol. 94, № 4. — P. 708-709.

17. Ильченко А.А. Постхолецистэктомический синдром: взгляд на проблему с позиции терапевта / А.А. Ильченко // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2011. — Т. 16, № 2. — С. 37-44.

18. Hydrophilic but not hydrophobic bile acids prevent gallbladder muscle dysfunction in acute cholecystitis / Xiao Z.L., Biancani P., Carey M.C., Behar J. // *Hepatology.* — 2003. — Vol. 37, № 6. — P. 1442-1450.

19. Ардатская М.Д. Функциональные расстройства билиарного тракта: проблемы диагностики и лечения / Ардатская М.Д. // *Фарматека.* — 2012. — № 2. — С. 71-77.

20. Effect of ursodeoxycholic acid on inflammatory infiltrate in gallbladder muscle of cholesterol gallstone patients / Carotti S.I., Guarino M.P., Cicala M. et al. // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2010. — Vol. 22, № 8. — P. 866-873.

21. Hyperkinetic gallbladder: an indication for cholecystectomy? / Lindholm E.B., Alberty J.B., Hansborough F., Upp J.R., Lopoo J. // *Am. Surg.* — 2013. — Vol. 79, № 9. — P. 882-884.

22. Goncalves R.M. Biliary dyskinesia: natural history and surgical results / Goncalves R.M., Harris S.A., Rivera D.E. // *American Surgeon.* — 1998. — Vol. 64, № 6. — P. 493-497.

23. Laparoscopic cholecystectomy for biliary dyskinesia: Which patients have long term benefit? / Wybourn C.A., Kitsis R.M., Baker T.A. [et al.] // *Surgery.* — 2013. — Vol. 154, № 4. — P. 761-767.

Отримано 10.01.14 ■

Косинская С.В.  
Кафедра гастроэнтерологии и терапии  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия  
МЗ Украины»

### БИЛИАРНЫЕ ДИСФУНКЦИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

**Резюме.** Изложены современные подходы к классификации, формулировке диагноза, диагностике и лечению дисфункции билиарной системы. Отмечена эффективность консервативной терапии дисфункций.

**Ключевые слова:** дисфункция сфинктера Одди, диагностика, лечение.

Kosynska S.V.  
Department of Gastroenterology of State Institution  
«Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry  
of Healthcare of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

### BILIARY DYSFUNCTIONS: MODERN CONCEPTS, DIAGNOSIS AND TREATMENT

**Summary.** There are described the modern approaches to the classification, making a diagnosis, diagnostics and treatment of dysfunction of the biliary system. The effectiveness of conservative treatment of dysfunctions is marked.

**Key words:** sphincter of Oddi dysfunction, diagnosis, treatment.