



Е.Ю. Губская

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, Киев

Функциональные расстройства билиарного тракта и новые возможности их коррекции

Ключевые слова

Функциональные расстройства билиарного тракта, дискинезия, дисфункция желчного пузыря, фармакотерапия.

Функциональные расстройства билиарного тракта (ФРБТ) — комплекс клинических симптомов, которые развиваются вследствие нарушения моторно-тонической функции желчного пузыря и/или сфинктерного аппарата желчевыводящих путей. Точных данных относительно распространенности ФРБТ нет. Предполагаемая распространенность дисфункции желчевыводящих путей, оцененная по результатам популяционных исследований, проведенных в разных странах мира с включением пациентов с болью билиарного типа и отсутствием органической патологии желчного пузыря по результатам ультразвукового исследования, составляет 21 % среди женщин. В структуре заболеваемости преобладают лица женского пола [3, 5, 6].

В отечественной литературе используется разная терминология, синонимичная современному понятию «функциональные расстройства билиарного тракта»: дисфункция желчного пузыря и желчевыводящих путей, билиарная дискинезия и т. д. Наиболее распространенным является исторически сложившееся понятие «дискинезия». Именно так в прошлом столетии называли функциональные расстройства гепатобилиарной системы. С.М. Рысс в 1966 г. определил дискинезию желчных путей, как «стойкое нарушение их двигательной функции, приводящее к застою желчи» [1].

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1989) выделены две рубрики, посвященные ФРБТ, а именно «К 82.8 — дискинезии желчного пузыря и общего желчного

протока» и «К 83.4 — спазм сфинктера Одди», где также используется термин «дискинезия». Понятия «функциональные расстройства», или «дисфункции» желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди (СО) являются более современными. Это обусловлено тем, что в 2006 г. международным комитетом экспертов были пересмотрены стандарты диагностики функциональных расстройств пищеварительного канала — «Римские критерии-III» [4]. В рамках этой классификации представлены следующие диагнозы, касающиеся ФРБТ:

Е1. Функциональные расстройства ЖП.

Е2. Функциональные расстройства ЖП, связанные с дисфункцией СО.

Е3. Функциональные панкреатические расстройства, связанные с дисфункцией СО.

Дисфункция (дискинезия) желчного пузыря — это нарушение сократительной функции ЖП, которое проявляется болью билиарного типа. При этом сама дискинезия ЖП бывает двух типов: гиперкинетическая (гипертоническая), клинически укладывающаяся в симптомокомплекс так называемого синдрома правого подреберья (для него характерна приступообразная боль в правом подреберье и точке проекции желчного пузыря, напоминающая желчную колику); гипокINETическая (гипотоническая) дискинезия, проявляющаяся преимущественно симптоматикой билиарной диспепсии (тошнота, горечь во рту, нарушения стула и т. д.). При этом боль в правом подреберье, как правило, тянущая, ноющая, не достигающая высокой интенсивности.

Заключення о наявності функціональних порушень жовчного пузьра роблять, як правило, на основі даних ультразвукового дослідження (УЗІ) і фракційного дуоденального зондування. По результатах УЗІ, скорочення ЖП вважається нормальним, якщо в відповідь на введення подразника (так званого жовчогонного завтрака) пузьр скорочується не менше ніж на 40 %. Ослаблення пузьрного рефлекса, збільшення об'єму пузьрної жовчі більше 100–150 мл при нормі 30–70 мл, її замедлене, порціонне (особливо невеликими порціями) виділення або затримка відтоку жовчі більше ніж на 45 хв в час проведення дуоденального зондування також свідчать про зниження моторно-евакуаторної функції ЖП.

Дисфункція СО — функціональне бiliarне розлад, обумовлене порушенням скоротимості самого сфинктера, порушуюче нормальний проходження жовчі і панкреатичного секрету в дванадцятиперстну кишку (ДПК) при відсутності органічної патології. В минулому автори (М.М. Рысс, 1966) приділяли багато уваги саме функціональним розладам СО: «...Встановлено, що сфинктер Одди забезпечений широкою мережею нервових закінчень, що беруть участь в складній роботі всього траварного каналу. Раздраження блуждаючого нерва, як показали експерименти Д.Е. Одинової, тягне за собою посилення моторної функції жовчного пузьра, а подразнення симпатического нерва обумовлює розслаблення стінок пузьра, що перешкоджає нормальному опорожненню його. Останнє стимулюється слабкими подразненнями блуждаючого нерва, при яких настає скорочення мускулатури пузьра і відкриття сфинктера Одди. Скорочення жовчного пузьра і сфинктера Одди знаходяться в взаємній залежності...» [1].

Практичним лікарям необхідно пам'ятати про цю дисфункцію і приділяти особливу увагу саме цьому розладу, складніше діагностувати порівняно з дискинезією ЖП. Діагностика дисфункції СО потребує проведення езофагогастродуоденоскопії з оглядом Фатерова соска (для виключення органічних пошкоджень) і, по можливості, манометрії СО (у 60 % хворих виявляють підвищення тиску 40 мм рт. ст.).

Основна мета лікування хворих з різними формами дисфункцій бiliarного тракту полягає в відновленні нормального проходження жовчі і секрету підшлункової залози по бiliarним і

панкреатическим протокам в ДПК, нормалізації тиску ЖП і сфинктерного апарату ЖВП. Основні завдання лікування можна сформулювати наступним чином:

1. Відновлення, а при неможливості — виконання продукції жовчі (особливо при розвитку хронічної бiliarної недостаточності*).
2. Підвищення скоротимої функції ЖП (при його недостаточності — гіпокінетическої дискинезії).
3. Зниження скоротимої функції ЖП (при його гіперфункції — гіперкінетическої дискинезії).
4. Відновлення тиску сфинктерної системи, особливо у хворих з дисфункцією СО.
5. Відновлення тиску в ДПК (це залежить від адекватного градієнта тиску в бiliarному тракту).

В зв'язі з викладеним вище зберігає актуальність питання вибору лікарської терапії ФРБТ. К сожалению, на сьогоднішній день відсутні оптимальні схеми лікування різних форм дисфункції ЖВП, в зв'язі з чим перебіг захворювань часто набуває хронічний характер з тенденцією до рецидивування. Існуючі схеми лікування ФРБТ передбачають призначення 3–6–8-тижневих курсів лікарських засобів, включаючих жовчогонні препарати (холеретики/холекінетики) переважно рослинного походження, стимулятори перистальтики, спазмолітики, психотропні препарати (нейролептики, антидепресанти), блокатори М-холінорецепторів [2]. Вибір препаратів і схем їх прийому визначається формою дискинезії і клініческої картиною, характерною для розладу.

В лікуванні ФРБТ ведуче місце належить рослинним препаратам, що відповідають вимогам, пред'являемым до лікування даного виду розладу. В зв'язі з цим наше увагу привернув новий, багатокомпонентний лікарський препарат рослинного походження — «ВГ-5». В таблетці «ВГ-5» містяться чотири взаємодоповнюючих при лікуванні дисфункції ЖП складових — густі екстракти трави менирана (10 : 1) (*Phyllanthus urinaria* L., сем. Euphorbiaceae), трави аденосматиса голубого (14 : 1) (*Adenosmatis caeruleum* L., сем. Scrophulariaceae), трави екліпти білої (8 : 1) (*Eclipta alba* Hassk., сем. Asteraceae) і екстракт кукурузних стовбиків (16 : 1) (*Zea mays* L., сем. Poaceae). Кожен компонент препарату

* Хроніческа бiliarна недостаточність — це патологіческе стан, пов'язане з зменшенням кількості жовчі і жовчних кислот, що поступають в кишечник за 1 ч після введення подразника.

воздействует на определенное звено патогенеза ФРЖП. Так, трава менираны содержит лигнаны, алкалоиды и биофлавоноиды, которые обуславливают ее антибактериальное, гепатотропное, седативное, мочегонное и общеукрепляющее действие. Это растение с успехом применяют для лечения заболеваний печени более 2000 лет. Трава аденосматиса голубого обладает выраженными антибактериальными и общеукрепляющими свойствами, необходимыми для ведения пациентов с бескаменными холециститами. Трава эклипты белой оказывает гепатопротекторный, желчегонный и противовоспалительный эффекты, что важно для больных с различными дисфункциями желчевыводящих путей. Экстракт густой столбиков кукурузных рылец — широко известное средство, обладающее выраженным желче- и мочегонным действием. С учетом такого состава ожидаемый положительный эффект от назначения препарата «ВГ-5» прогнозируем как в плане коррекции гипокинетической и гиперкинетической дисфункции ЖП, так и профилактики хронического холецистита (противовоспалительные свойства аденосматиса, менираны, эклипты).

Целью нашего исследования была оценка клинической эффективности препарата «ВГ-5» у больных с дисфункцией ЖП.

Материалы и методы

В исследование было включено 40 больных (28 женщин, 12 мужчин), средний возраст которых составил $(32,2 \pm 7,5)$ года.

Выраженность клинической симптоматики включенных в исследование больных оценивали в баллах по модифицированной 5-балльной шкале GIS (Gastrointestinal Symptom Score). Изучали следующие симптомы: боль в правом подреберье, тошнота, горечь во рту, позывы на рвоту, рвота, вздутие живота, изменение аппетита. Всем больным выполняли общеклинические исследования крови, кала, мочи, биохимический анализ крови с определением комплекса биохимических показателей, позволяющих оценить функциональное состояние печени (билирубин и его фракции, аспартат-аминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза); УЗИ органов брюшной полости с оценкой функционального состояния ЖП.

Были сформированы две группы исследования: 1-я — 25 больных с гипокинетической дисфункцией (дискинезией) ЖП, 2-я — 15 больных с гиперкинетической дисфункцией ЖП, в клинической картине которых доминировал синдром «правого подреберья».

Лечебная программа предусматривала назначение препарата «ВГ-5» пациентам обеих групп: в 1-й группе препарат назначали по 1 таблетке за 30 мин до еды 3 раза в сутки на протяжении 4 нед. Больные 2-й группы получали препарат по 1 таблетке 3 раза в сутки на протяжении 4 нед в комбинации со стандартными дозами спазмолитиков (дротаверин, мебеверин) на протяжении первых 2 нед лечения.

Результаты и обсуждение

Прием препарата «ВГ-5» позитивно отразился на течении заболевания в обеих клинических группах. Так, в первой группе с доминированием в клинической картине гипокинетической дискинезии жалоб, преимущественно отражавших наличие билиарной диспепсии, на 14-е сутки лечения значительно снизилась тошнота, исчезла горечь во рту, втрое снизилась выраженность вздутия живота, у половины больных полностью восстановился аппетит. Кроме того, почти у всех больных исчезли неприятные ощущения в правом подреберье.

К 28-м суткам у больных 1-й группы начальная симптоматика заболевания практически полностью была ликвидирована. Только у одного больного сохранялись незначительные жалобы диспептического характера (вздутие живота, горечь во рту).

Во 2-й группе пациентов, страдавших от проявлений гиперкинетической дискинезии ЖП, на 14-е сутки лечения у половины пролеченных полностью исчез болевой синдром. Остальные отмечали значительное уменьшение выраженности и частоты возникновения приступов. Горечь во рту, как характерное проявление билиарной диспепсии, через 2 нед суммарно снизилась втрое. Отмечена позитивная динамика остальных клинических проявлений заболевания.

К 28-м суткам терапии жалоб во 2-й группе больных не было.

Препарат «ВГ-5» переносился больными удовлетворительно. Случаев прекращения приема препарата во время исследования не зарегистрировано. Аллергических реакций не отмечено. Таким образом, применение препарата «ВГ-5» для лечения пациентов с дисфункцией ЖП способствовало быстрому улучшению их общего самочувствия, исчезновению или значительному уменьшению клинических проявлений заболевания.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что препарат «ВГ-5» является эффективным и безопасным лекарственным средством для коррекции проявлений ФРБТ.

Список літератури

1. Болезни органов пищеварения / Под ред. С.М. Рысса.— М.: Медицина.— 1966.— 592 с.
2. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под ред. О.Я. Бабака, Н.В. Харченко // Справочник «VADEMECUM Доктор Гастроэнтеролог».— К.: ООО «ОИРА «Здоров'я України», 2005.— 320 с.
3. Barbara L., Sama C., Labate A.M. et al. A population study on the prevalence of gallstone disease: the Sirmione study // Hepatology.— 1987.— Vol. 7(5).— P. 913—917.
4. Drossman D.A., Dumitrascu D.L. Rome III: new standard for functional gastrointestinal disorders // J. Gastrointest. Liver Dis.— 2006.— Vol. 15 (3).— P. 307—312.
5. Rome group for epidemiology and prevention of cholelithiasis (GREPCO). Prevalence of gallstone disease in an Italian adult female population // Am. J. Epidemiol.— 1984.— Vol. 119 (5).— P. 796—805.
6. Rome group for the epidemiology and prevention of cholelithiasis (GREPCO). The epidemiology of gallstone disease in Rome, Italy. Part 1. Prevalence data in men // Hepatology.— 1988.— Vol. 8 (4).— P. 904—906.

О.Ю. Губська

Функціональні розлади біліарного тракту і нові можливості їхньої корекції

У статті подані сучасні погляди на функціональні порушення біліарного тракту. Дисфункції жовчного міхура залишаються поширеними у популяції, тому вимагають підбору ефективної фармакотерапії. Проведено оцінку ефективності нового препарату рослинного походження «ВГ-5» у лікуванні хворих на дискінезії жовчного міхура.

E.Yu. Gubskaya

Biliary tract functional disorders and new opportunities for their correct

The article presents current views on the biliary tract functional disorders. The gall-bladder dysfunctions are still widely prevalent in the population that is why they require selection of effective pharmacotherapy. The authors made an assessment of the new herbal preparation (VG-5) in the treatment of patients with biliary dyskinesia.

Контактна інформація

Губська Олена Юріївна, д. мед. н., доцент кафедри
01004, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13
Тел. (44) 234-59-15

Стаття надійшла до редакції 27 травня 2011 р.