## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И СФИНКТЕРА ОДДИ

Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди – моторно-тоническая дисфункция желчного пузыря, сфинктера Одди при отсутствии структурных заболеваний гепатобилиарной зоны.

Выделяют (Римский консенсус, 2006):

* функциональное расстройство желчного пузыря;
* функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди;
* функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди.

В Международной классификации болезней (МКБ-10) выделяют:

К 82.8 – дискинезия желчного пузыря или пузырного протока,

К 83.4 – спазм сфинктера Одди.

Диагноз «дискинезия желчного пузыря и пузырного протока» соответствует понятию Римского консенсуса (2006г.) «функциональное расстройство желчного пузыря».

Диагноз «спазм сфинктера Одди» соответствует понятию Римского консенсуса (2006г.) «функциональное билиарное или панкреатическое расстройство сфинктера Одди».

Диагноз функциональных расстройств билиарного тракта (как самостоятельного заболевания) может использоваться только после всестороннего обследования пациента и исключения органического заболевания желудочно-кишечного тракта (желчнокаменная болезнь, холецистит, ГЭРБ, язвенная болезнь).

**Этиология.** Первичными причинами билиарной дисфункции являются: патология гладкомышечных клеток желчного пузыря и сфинктера Одди, снижение чувствительности к нейрогормональным стимулам, дискоординация желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчевыводящих протоков. Вторичные дисфункциональные расстройства билиарного тракта возникают при гормональных заболеваниях, послеоперационных состояниях (резекция желудка, ваготомия, холецистэктомия), заболеваниях внутренних органов (цирроз печени, холецистит, аномалии развития желчного пузыря).

Ведущая роль в возникновении функциональных расстройств билиарного тракта принадлежит психоэмоциональным факторам – психоэмоциональным перегрузкам, стрессовым ситуациям.

**Клиника.** Клинические проявления функционального расстройства желчного пузыря и функционального расстройства сфинктера Одди сходные.

Основной синдром - боли «билиарного типа» (Римский консенсус III, 2006).

Билиарные боли - это приступы болей в эпигастрии или правом подреберье продолжительностью более 30 минут, рецидивирующие с различными интервалами. Они нарушают повседневную активность, не уменьшаются после стула, при перемене положения, после приема антацидов.

Боли могут появляться ночью, иррадиировать в спину или правую лопатку, сочетаться с тошнотой или рвотой.

При этом исключены структурные заболевания, которые могли бы объяснить эти симптомы (холецистит, желчные камни, билиарный сладж).

Нарушение опорожнения желчного пузыря или тонуса сфинктера Одди подтверждаются лабораторно-инструментальными методами.

**Функциональное расстройство желчного пузыря**.

Особенности болевого синдрома при функциональном расстройстве желчного пузыря зависят от вида нарушения его моторики (гиперкинезия, гипокинезия).

Для гиперкинезии желчного пузыря характерны схваткообразные боли по типу желчной колики, купируются самостоятельно или спазмолитиками. Болевой приступ может провоцироваться сильными эмоциями, физической нагрузкой с повышением внутрибрюшного давления. Интенсивность боли средняя или малая, отсутствует иррадиация, желтуха, повышение температуры тела.

При общем осмотре выявляются признаки эмоциональной, вегетативной лабильности (потливость, кратковременное покраснение кожи, стойкий красный дермографизм). Живот обычной формы, участвует в дыхании. При поверхностной пальпации – незначительная болезненность в правом подреберье. Симптомы Ортнера (болезненность при поколачивании по правой реберной дуге), Кера (боль при вдохе во время пальпации правого подреберья), Мерфи (непроизвольная задержка вдоха из-за боли при пальпации правого подреберья) отрицательные.

При гипокинезии желчного пузыря типичны тупые длительные боли, чувство давления, рапирания в правом подреберье, усиливающиеся при положении на боку. Боли чаще не имеют иррадиации или с иррадиацией в спину и правую лопатку, усиливаются после еды, ночью.

При общем осмотре выявляется избыточная масса тела. Объективное исследование живота выявляет те же признаки, что и при гиперкинезии желчного пузыря.

Боль может сочетаться с горечью во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения, вздутием живота, неустойчивым стулом.

**Лабораторно-инструментальная диагностика.**

Общий анализ крови и мочи – в норме.

Биохимический анализ крови: после эпизодов боли нормальные показатели сывороточных трансаминаз (АлАТ, АсАТ), щелочной фосфотазы (ЩФ), γ-глютамилтранспептидазы (γ-ГТП), конъюгированного билирубина, амилазы.

УЗИ с холецистокинетической пробой (20г сорбита со 100мл воды или холецистокинин 20мг/кг внутривенно): нарушение сократимости желчного пузыря – к 30-40 минуте после приема холецистокинетика желчный пузырь не сократился на 1/3 – 1/2 первоначального объема.

Многомоментное фракционное дуоденальное зондирование: увеличение или уменьшение скорости тока желчи в 4 фазе.

Динамическая холесцинтиграфия на фоне внутривенной инфузии холецистокинина считается наиболее точным методом оценки степени опорожнения желчного пузыря. В норме фракция выброса желчного пузыря составляет более 70% через 30 минут после начала инфузии холецистокинина.

**Функциональное расстройство сфинктера Одди**.

Функциональное расстройство сфинктера Одди – нарушение моторики сфинктера Одди, проявляющееся болью, повышением уровня печеночных или панкреатических ферментов, расширением общего желчного протока.

Функциональное расстройство сфинктера Одди обнаруживается при наличии типичных билиарных или панкреатических болей у пациентов после холецистэктомии (постхолецистэктомический синдром), при хроническом идиопатическом рецидивирующем панкреатите, у больных с нормальной сократительной функцией желчного пузыря.

Сочетание типичного болевого синдрома с лабораторно-инструментальными признаками позволяет выделить функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди и функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди (Римский консенсус III, 2006).

Функциональное **билиарное** расстройство сфинктера Одди проявляется болями аналогичными функциональному расстройству желчного пузыря.

Функциональное **панкреатическое** расстройство сфинктера Одди проявляется панкреатитом с эпигастральными болями, иррадиирующими в спину.

Тип (I, II, III) функционального расстройства сфинктера Одди определяется по сочетанию болей с изменением лабораторных показателей и расширением общего желчного протока.

При I типе функционального билиарного (панкреатического) расстройства сфинктера Одди имеются боли, повышение лабораторных показателей, расширение общего желчного протока. При II типе имеются боли в сочетании с изменением лабораторных показателей или с расширением общего желчного протока. При III типе имеются только боли без лакбораторно-инструментальных изменений.

**Лабораторно-инструментальная диагностика.**

Общий анализ крови и мочи – в норме.

Биохимический анализ крови: после 2 эпизодов боли транзиторное повышение показателей

- сывороточных трансаминаз (АлАТ, АсАТ), щелочной фосфотазы (ЩФ), γ-глютамилтранспептидазы (γ-ГТП), конъюгированного билирубина (функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди);

- повышение амилазы (и в анализе мочи) (функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди).

УЗИ: расширение холедоха более 8 мм.

Многомоментное фракционное дуоденальное зондирование: длительность II фазы исследования (фаза закрытого сфинктера Одди) более 8 минут.

Эзофагогастродуоденоскопия: отсутствие стриктур Фатерова соска.

Динамическая холедохосцинтиграфия: замедление транзита радиофармпрепарата из ворот печени в двенадцатиперстную кишку.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: расширение диаметра холедоха более 10мм, задержка опорожнения контраста из холедоха более 45 минут, расширение панкреатического протока (более 5мм), задержка опорожнения контраста из панкреатического протока более 10 мин.

Манометрия сфинктера Одди (при ФГДС): базальное давление (более 40 мм рт. ст.).

**Лечение.**

Рекомендуется частое питание с равномерными интервалами приема пищи в течение дня. Избегать приема жареной, жирной, острой пищи.

Для купирования или предупреждения приступа болей: антагонисты кальция (нифедипин), спазмолитики (дротаверин, папаверин), анальгетики (парацетамол).

При гипокинетическом варианте дисфункции желчного пузыря назначают препараты, увеличивающие сократимость желчного пузыря (прокинетики – метаклопрамид, домперидон). Одновременно с прокинетиками целесообразно применять препараты, оказывающие спазмолитический эффект на сфинктер Одди (мебеверин).

При дисфункции (спазме) сфинктера Одди и гиперкинетической дисфункции желчного пузыря используются, селективные М-холиноблокаторы (бускопан), спазмолитики (мебеверин, пинавериум), холеспазмолитики (гимекромон).

При наличии факторов риска желчнокаменной болезни - прием урсодезоксихолевой кислоты.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии показана холецистэктомия.