

БИЛИАРНЫЕ ДИСФУНКЦИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Лоранская И. Д.¹, Кукушкин М. Л.², Панина Н. А.¹

¹ ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования

² ГУ НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН

Лоранская Ирина Дмитриевна
 107014, Москва, ул. Стромынка, д. 7
 Тел.: 8 (499) 268 5453
 E-mail: paninanat@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Цель обзора. Представить современные методы профилактики патологии билиарной системы.

Основные положения. Количество пациентов с патологией билиарного тракта постоянно растет. Доказано участие нарушений психовегетативного статуса в развитии билиарных дисфункций.

Заключение. Выявление и лечение билиарных дисфункций, лечение отклонений в психовегетативном статусе у больных с дисфункциями желчного пузыря является необходимым для успешной профилактики хронических холециститов, желчнокаменной болезни, панкреатитов.

Ключевые слова: билиарные дисфункции; психовегетативный статус; профилактика.

SUMMARY

The aim of review. To present the up-to-date methods of prophylaxis of biliary system pathology.

Original position. The number of patients with biliary tract pathology is constantly growing up. Participation of psychovegetative state in the development of gallbladder dysfunction was confirmed.

Conclusion. Revealing and treatment of gallbladder dysfunction, treatment of disorders of psychovegetative disorders system in patients with dysfunction of gallbladder is the necessity for successful prophylaxis of chronic cholecystitis, cholelithiasis, pancreatitis.

Keywords: functional biliary disorders; psychovegetative state; prevention.

Охрана здоровья и профилактическая помощь населению являются основными составляющими сферы здравоохранения.

По определению, принятому Всемирной организацией здравоохранения, «здоровье» — это не просто отсутствие болезни, но состояние полного физического, морального, психического и социального благополучия [4].

Ранняя диагностика и лечение патологии желчевыделительной системы имеют большое клиническое значение из-за возможности трансформации функциональных нарушений в органическую патологию — хронический холецистит и желчнокаменную болезнь (ЖКБ), что происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединения воспалительного процесса.

В настоящее время отмечается повышенное внимание к функциональным расстройствам билиарного тракта в связи с их широкой распространенностью, особенно в промышленно развитых

странах. Так, например, дисфункцией желчного пузыря, по данным ультрасонографии, страдают 7,6% мужчин и до 21% женщин [1].

Функциональные заболевания желчных путей определяются как комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров, без признаков органического происхождения (воспаления, камнеобразования) (Римские критерии II, 1999 г.).

В соответствии с Римским консенсусом III (Рим, 2006 г.) в рубрику E «Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (СО)» включены: E1 «Функциональное расстройство желчного пузыря»; E2 «Функциональное билиарное расстройство СО»; E3 «Функциональное панкреатическое расстройство СО» [2; 3].

Дисфункции билиарного тракта в зависимости от вызвавшей их причины разделяют на **первичные и вторичные** [6; 9]. Первичные дисфункции

желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди, протекающие самостоятельно, встречаются редко и в среднем составляют 10–15% [6; 7]. Первичные нарушения сократимости могут иметь генетически детерминированный характер и быть связаны с нарушением чувствительности гладких мышц желчного пузыря к различным стимулирующим импульсам, среди которых ведущую роль играют холецистокинин, мотилин и вагусные парасимпатические влияния [1; 7].

Рассматривая причину первичных функциональных расстройств желчевыведительных путей (ЖВП), следует в первую очередь учитывать:

- нейрогуморальные нарушения регуляции моторной функции билиарного тракта;
- изменение висцеро-висцеральных связей;
- снижение чувствительности к нейрогуморальным стимулам;
- дискоординацию желчного пузыря и пузырного протока;
- увеличение сопротивления пузырного протока.

Ведущим является влияние психогенных факторов, таких как неврозы, депрессии, стрессовые факторы, отрицательные эмоции, формирующие очаги застойного возбуждения в гипоталамусе, ретикулярной формации [8; 10].

Учитывая сложный механизм регуляции моторной функции желчного пузыря, целью нашего исследования явилось выявление особенностей вегетативного и психоэмоционального статуса пациентов с билиарными дисфункциями. Всего обследовано 59 человек, из них 30 — с гиподисфункцией желчного пузыря и 29 — с гипердисфункцией желчного пузыря. У всех больных присутствовал абдоминальный болевой синдром билиарного типа, обусловленный нарушением функции желчного пузыря, нормальные показатели печеночных ферментов, конъюгированного билирубина и амилазы, отсутствовала органическая патология гепатобилиарной системы, функция желчного пузыря была нарушена. В группу контроля вошло 12 человек с нормальной функцией желчного пузыря, не предъявляющих жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта.

Для уточнения типа дисфункции проводилось динамическое ультразвуковое исследование желчного пузыря, позволяющее оценить моторную функцию органа.

Для оценки психоэмоционального статуса использовались: опросник для выявления признаков вегетативных изменений (А. М. Вейн), индекс Кердо, клиническая шкала самооценки SCL-90, шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера.

Пациенты предъявляли разнообразные жалобы, наиболее частыми из которых были жалобы на боль, дискомфорт в виде распираания, тяжести в правом подреберье, которые отмечались у всех (100%) больных.

Среди диспепсических явлений в большинстве случаев в группе пациентов с гипомоторным нарушением функции желчного пузыря отмечались

запоры у 11 (36,7%) больных. С одинаковой частотой при билиарных дисфункциях обоих типов встречались горечь во рту, отрыжка воздухом, чувство кома в горле, реже всего встречались метеоризм и поносы.

По данным опросника для выявления вегетативной дисфункции (А. М. Вейн), вегетативная дисфункция выявлялась у 73,3% (22 человека) пациентов с гиподисфункцией желчного пузыря, с гипердисфункцией — у 68% (20 человек), а в группе контроля — лишь у 41,7% обследуемых. Таким образом, вегетативная дисфункция наблюдалась у большинства пациентов с нарушениями сократимости желчного пузыря.

У пациентов с гипомоторными дисфункциями отмечалось преобладание парасимпатического тонуса ВНС — 69% обследуемых, симпатический тонус — 31%, эйтония — 0%. В группе с гипермоторной ДЖП у 66% больных отмечалась парасимпатикотония, у 34% — симпатикотония. В группе обследуемых с нормальной функцией желчного пузыря отмечались следующие показатели: парасимпатикотония — 50%, симпатикотония — 33%, эйтония — 17%.

По данным клинической шкалы самооценки SCL-90, наибольшие показатели по всем параметрам отмечались в группе с гипермоторной дисфункцией желчного пузыря, наименьшие — у обследуемых с нормальной функцией ЖП.

В формировании психологического профиля у пациентов с гиподисфункцией желчного пузыря преобладали наиболее высокие показатели по шкалам соматизации, тревоги и депрессии. У больных же с гипермоторной ДЖП наибольшая роль принадлежит соматизации, тревоге, обсессивно-компульсивному параметру.

Как было указано ранее, боли, дискомфорт в правом подреберье отмечались у всех обследуемых. Однако в группе больных, у которых были выявлены наиболее высокие значения (больше 0,99) по шкале соматизации, у 83% (10 человек из 12) обследуемых боль была постоянной, не зависела от приема пищи и эмоционального напряжения. Иррадиация боли в правую лопатку в этой группе отмечалась у 75% (9 человек из 12). В этой же группе пациентов чаще, чем в остальных группах, отмечались горечь во рту (у 33%), и чувство кома в горле 41,7% (в остальных группах данный симптом не встречался).

В группе больных с наибольшими показателями (свыше 0,99) по шкале депрессии в 100% случаев (12 человек) боль возникала при эмоциональном волнении или после приема пищи, иррадиация боли отмечена в 41% случаев (5 из 12). В группе с преобладанием тревоги также у большинства больных 83% (5 из 6) отмечалась связь боли со стрессом и приемом пищи, иррадиацию боли отмечали 33% (2 человека из 6).

Уровень тревожности оценивался по шкале самооценки ситуативной и личностной тревожности Спилбергера.



В группе больных со сниженной функцией желчного пузыря при оценке ситуативной тревожности низкий уровень встречался у 6,67%, средний — у 46,6%, высокий — также у 46,6% обследуемых. У больных с гиперфункцией желчного пузыря высокий уровень ситуативной тревожности отмечался у 42%, средний — у 55%, низкий — у 3% обследуемых.

В группе больных с гипофункцией желчного пузыря высокий уровень личностной тревожности встречался у 53,3%, средний уровень — у 30%, низкий уровень — у 16,7% случаев. В группе обследуемых с гиперфункцией желчного пузыря высокий уровень личностной тревожности наблюдался у 59%, средний уровень — у 41%.

Из рис. 2, 3 видно, что высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности встречается чаще в группах с нарушенной функцией желчного пузыря.

Таким образом, у пациентов с дисфункциями желчного пузыря чаще встречаются вегетативные нарушения по сравнению с обследуемыми с нормальной функцией желчного пузыря. При этом вегетативное равновесие больше сдвинуто в сторону преобладания парасимпатического тонуса ВНС. В формировании психологического профиля у больных с дисфункциями желчного пузыря преобладают соматизация и тревога. Уровень тревожности выше у больных с нарушением функции желчного пузыря по сравнению с обследуемыми с сохраненной функцией.

В большинстве случаев функциональные расстройства билиарного тракта носят вторичный характер и либо являются следствием органической патологии билиарной системы, например ЖКБ, либо обусловлены заболеваниями других органов пищеварения — чаще поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки или кишечника.

Вторичные дисфункции билиарного тракта также могут возникать при системных заболеваниях (склеродермия, амилоидоз, миастения), гормональных расстройствах (беременность, применение гормональных контрацептивов, лечение препаратами соматостатина, лечение простагландинами). Надо отметить, что нарушения моторики желчного пузыря часто коррелируют с такими состояниями, как ожирение, диабет, низкокалорийная диета и парентеральное питание.

Факторы, ответственные за наполнение и опорожнение желчного пузыря, имеют гормональную, нервную и механическую природу [6; 8; 9].

Холецистокинин (ХЦК) является основным гормоном, ответственным за опорожнение желчного пузыря, происходящее после приема пищи. Его освобождение из слизистой верхнего отдела тонкой кишки стимулирует поступление туда аминокислот и жирных кислот.

Роль вегетативной нервной системы в регуляции моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей заключается преимущественно в обеспечении тонуса гладкой мускулатуры желчного пузыря

и сфинктерного аппарата желчевыводящих путей. Выделение из вагусных нервных окончаний ацетилхолина приводит к стимуляции мускариновых рецепторов на поверхности мышечной клетки и, как следствие, сокращению мышцы и возникновению мышечного спазма.

С клинической точки зрения функциональные нарушения билиарного тракта представляют особый интерес, так как способствуют формированию и прогрессированию целого ряда заболеваний органического характера. Дисфункции билиарного тракта являются одним из обязательных факторов, участвующих в формировании билиарного литогенеза, особенно на его начальных стадиях, способствуют возникновению панкреатитов.

В связи с этим профилактика, ранняя диагностика и адекватная терапия функциональных нарушений желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей являются важной клинической задачей.

К методам профилактики относятся:

1. Оптимизация образа жизни

Образ жизни есть форма взаимодействия человека с внешней средой и самим собой. Она зависит от следующих блоков обстоятельств. Во-первых, это условия среды обитания, которые могут быть материальными (зарботок, жилище, условия труда и др.) и нематериальными (атмосфера на производстве, семейный климат и др.). Во-вторых, это потребности и способности человека (материальные и духовные и т. д.). В-третьих, это стиль поведения человека (вредные привычки, режим дня, регулярность питания, занятия спортом и др.). В-четвертых, это удовлетворенность существованием, или качество жизни, которое характеризует степень соответствия условий жизни пациента его потребностям и способностям [5]. Оптимизация образа жизни, благополучие в социальной среде являются профилактикой нарушений в психовегетативном статусе человека.

2. Диетотерапия

Общий принцип диеты — режим питания с частыми приемами небольших количеств пищи (5–6-разовое питание), что способствует регулярному опорожнению желчного пузыря и протоковой системы [6; 7]. Из рациона исключают алкогольные напитки, газированную воду, копченые, жирные и жареные блюда и приправы, так как они могут вызывать спазм сфинктера Одди. Полное исключение жиров не рекомендуется, так как именно они являются стимуляторами выработки холецистокинина, стимулирующего работу желчного пузыря. Предпочтение отдается жирам растительного происхождения.

3. Выявление нарушений психовегетативного статуса и их коррекция

В настоящее время функциональные заболевания билиарного тракта принято рассматривать как проявление общего невроза (по современным представлениям, соматоформных расстройств, которые проявляются тревогой, депрессией, раздражительностью,

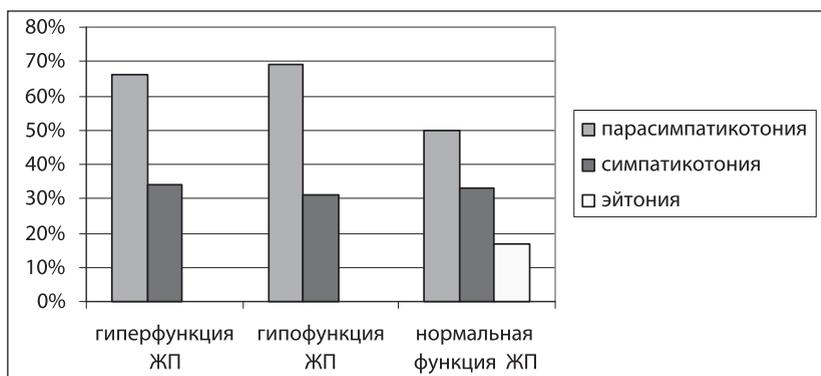


Рис. 1. Вегетативное обеспечение по данным индекса Кердо

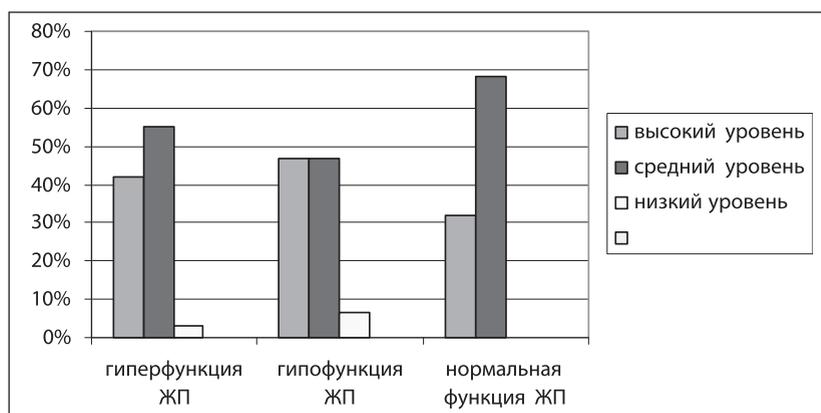


Рис. 2. Уровень ситуативной тревожности

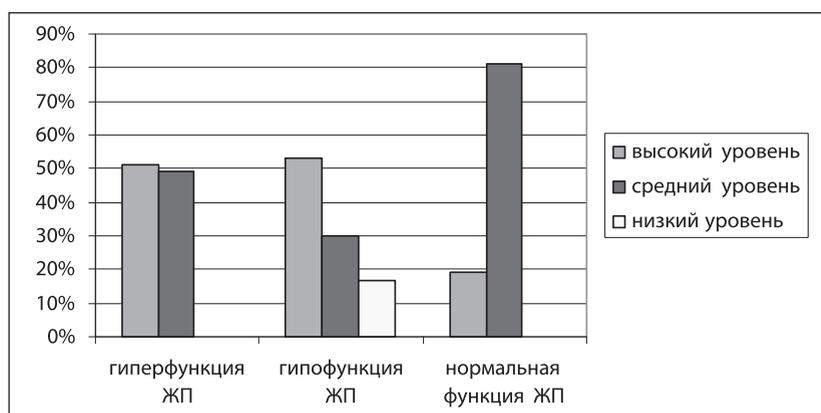


Рис. 3. Уровень личностной тревожности

нарушением сна). Дистония вегетативной нервной системы, усиление или ослабление вагусных и симпатических импульсов, гипоталамические нарушения могут нарушать согласованность сокращения мускулатуры желчного пузыря и расслабления тонуса сфинктеров Люткенса, Мирицци, Одди, вызывать задержку желчеотделения. Влияние психогенных факторов на функцию желчного пузыря и желчных путей реализуется с участием корковых и подкорковых образований, нервных центров продолговатого мозга, гипоталамуса, лимбической системы, а также эндокринной системы [8]. Таким образом, для профилактики билиарных дисфункций необходимым является коррекция отклонений в психовегетативном статусе. Для оценки психовегетативного статуса

пациента врачом общей практики целесообразно использовать достаточно простые методики (опросник для выявления признаков вегетативных изменений (А.М. Вейн), индекс Кердо, клиническая шкала самоотчета (Hopkins Symptom Check List — SCL-90), шкала самооценки ситуативной и личностной тревожности Спилбергера). При выявлении нарушений назначается консультация психолога, психотерапевта, при необходимости — психиатра, проводится коррекция выявленных нарушений [9]. При недостаточной эффективности немедикаментозных способов коррекции (физиотерапия, иглорефлексотерапия) психологических расстройств прибегают к психотропным средствам. В зависимости от психоэмоциональных, нейровегетативных

расстройств дифференцированно применяют средства, нормализующие психосоматический статус: адаптогены, седативные средства, транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, ганглиоблокаторы, физиотерапию, лечебную физкультуру и др. Оптимальная лечебная тактика подобных больных должна включать средства, способствующие снижению тревоги и нормализации психовегетативных соотношений, повышению стрессоустойчивости организма [10].

4. Лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения и системных заболеваний

Лечение сопутствующей патологии является основным в профилактике вторичных билиарных дисфункций. Вторичные билиарные дисфункции возникают рефлекторно при различных заболеваниях органов брюшной полости, отличительной особенностью является их прямая зависимость от степени выраженности основного заболевания. Дисфункция сфинктера Одди может быть связана с хроническими заболеваниями двенадцатиперстной кишки, которая является мощной рефлексогенной зоной, участвующей в регуляции моторной деятельности билиарной системы. Дискинезия двенадцатиперстной кишки, особенно гипертонический тип, часто вызывает спастическое сокращение сфинктера Одди и препятствует нормальному оттоку желчи. Известно, что при поражении слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки нарушение функции желчного пузыря, протоков, сфинктерного аппарата желчевыводящих путей опосредуется

через нарушение синтеза холецистокинина. Таким образом, лечение заболеваний с вовлечением в патологический процесс двенадцатиперстной кишки (глутеновая энтеропатия, язвенная болезнь, гастродуодениты, пострезекционные расстройства, инфекционные заболевания) способствует профилактике билиарной патологии.

Для профилактики дисфункций желчевыводящих путей необходима коррекция эндокринных нарушений щитовидной железы (гипотиреоз и тиреотоксикоз), ожирения, воспалительных процессов в органах малого таза (воспаление, одиночная киста и поликистоз яичников). По возможности рекомендуется отказ от оральных контрацептивов.

Показано лечение воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта бактериальной или вирусной природы, глистной инвазии, лямблиоза, санация очагов вторичной инфекции, воздействующих на нервно-мышечный аппарат желчного пузыря и желчных протоков, что важно для предупреждения повышенного раздражения интрамуральных парасимпатических нервных узлов, симпатических ганглиев и моторных нервных окончаний сфинктеров Одди, Люткенса.

Таким образом, адекватная и своевременная профилактика функциональной патологии желчного пузыря является важной составной профилактики органических заболеваний гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, занимающих сегодня одно из лидирующих мест среди заболеваний органов пищеварения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Corazzari E., Shaffer E. A., Hogan W. J. et al. Functional Disorders of the biliary tract and pancreas // *Gut*. — 1999. — Vol. 45, Suppl. II. — P. 48–50.
2. Drossman D. A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130, №5. — P. 1377–1390.
3. Drossman D. A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome II Process // *Gut*. — 1999. — Vol. 45, Suppl. II. — P. 1–5.
4. Алексеев В. А., Борисов К. Н. и др. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в городской поликлинике: Учебное пособие для участковых врачей-терапевтов. — М., 2008. — 222 с.
5. Гундаров И. А., Мотынга И. А. и др. Методы оценки образа жизни лиц трудоспособного возраста: Учебное пособие для участковых врачей-терапевтов. — М., 2008. — 19 с.
6. Ильченко А. А. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта // *Concilium medicum*. — 2002. — № 1. — С. 20–23.
7. Ильченко А. А., Орлова Ю. Н. Применение гепабене у больных хроническим холециститом // Мат. 3-го Росс. науч. форума «Санкт-Петербург — Гастро-2001» // *Гастро-2001* // *Гастро-бюллетень*. — 2001. — № 2–3. — С. 39.
8. Лоранская И. Д., Мошарова Е. В. Билиарные дисфункции: диагностика и лечение: Учебное пособие. — М., 2004. — 19 с.
9. Охлбыстин А. В. Расстройство моторики желчевыводящих путей: классификация, диагностика, лечение // *Рус. мед. журн.* — 2003. — Т. 5, № 2. С. 1–6.
10. Осипенко М. Ф. Психотропные средства в гастроэнтерологии // *Фарматека*. — 2004. — № 14.
11. Смулевич А. Б. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике. — М.: Русский врач, 2000. — 160 с.