

Функциональные заболевания билиарной системы: клинические проявления, принципы лечения

Под функциональными заболеваниями билиарной системы (ФЗБС) рассматривают преимущественные нарушения моторики желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди (СО). В современной классификации функциональной патологии пищеварительной системы они представлены в рубрике E (E1 — функциональное заболевание ЖП (ФЗЖП); E2 — дисфункция СО (ДСО) билиарного типа и E3 — ДСО панкреатического типа).

Частота ФЗЖП у пациентов с приступами билиарной боли при отсутствии органических изменений, по данным визуальных методов обследования, составляет до 8 и 20% у мужчин и женщин соответственно (Barbara L. et al., 1987). Распространенность ДСО в структуре причин билиарной боли несколько выше и также значительно чаще отмечается у женщин (Drossman D.A. et al., 1993). ДСО чаще наблюдают у пациентов, перенесших холецистэктомию: вероятно, удаление ЖП способствует манифестации уже существующей ДСО, что связано с повышением давления в билиарной системе, вызванным спазмом сфинктера при отсутствии ЖП (Lisbona R., 1992). Однако ДСО возникает и при интактном ЖП (Choudhry U. et al., 1993).

Моторно-эвакуаторные нарушения ЖП признают в качестве основных механизмов возникновения ФЗЖП, также возможна ассоциация с метаболическими нарушениями. У некоторых пациентов с ФЗЖП и ДСО одновременно наблюдают нарушения опорожнения желудка и кишечного транзита, что подтверждает гипотезу генерализованных нарушений моторики пищеварительного тракта (Penning C. et al., 1999).

Клинические проявления ФЗБС

Одним из ведущих симптомов ФЗЖП и ДСО является билиарная боль. При приступе билиарной боли, обусловленном ФЗЖП, патологические изменения, свидетельствующие о нарушении функции печени и поджелудочной железы, в биохимических тестах отсутствуют, визуальные исследования не позволяют определить наличие конкрементов в полости ЖП, а результаты видеоэзофагогастродуоденоскопии соответствуют норме.

При ДСО, напротив, часто наблюдают повышение уровней аланинаминотранс-

феразы, аспартатаминотрансферазы и щелочной фосфатазы, которые нормализуются в период между приступами. У пациентов с ДСО панкреатического типа уровни амилазы, липазы и эластазы-1 в плазме крови находятся в пределах нормы. С помощью визуальных методов исследования, как правило, выявляют расширение общего желчного протока (>8 мм в диаметре).

Несмотря на то что билиарную боль трактуют как печеночную или желчную колику, она чаще имеет постоянный, а не коликоподобный, характер. Классическое описание боли: интенсивный дискомфорт в правом верхнем квадранте живота или в области эпигастрия. Нередко боль иррадирует в спину и сопровождается выраженным потоотделением, тошнотой, рвотой. Обычно болевой приступ, чаще умеренной интенсивности, продолжается не более 6 ч. Возможна связь симптомов с употреблением жирной пищи. Существенная доля пациентов предъявляют жалобы на ночную боль, пик которой приходится на полночь (Rigas V. et al., 1990). Довольно часто при ФЗЖП отмечают вздутие и урчание в животе (Kraag N. et al., 1995).

ФЗБС являются диагнозом исключения, поскольку течение ряда других заболеваний (желчнокаменная болезнь, пептическая язва, функциональная диспепсия, ишемическая болезнь сердца) может сопровождаться подобными симптомами.

Принципы лечения

В лечении пациентов с ФЗБС дифференцированно применяют консервативные, эндоскопические и хирургические методы в зависимости от клинической картины и результатов дополнительных исследований.

ФЗЖП

Наиболее эффективным методом лечения ФЗЖП признают холецистэктомию, которую следует выполнять лишь пациентам с наличием несомненных клинических критериев ФЗЖП и снижением пузырной фракции выброса (ПФВ) <40%, по данным холецистокининстимулированной холецинтиграфии (ХСХГ).

По результатам метаанализа, установлена большая эффективность холецистэктомии в сравнении с консервативным лечением в достижении полного исчезновения симптомов ФЗЖП. Однако отмече-

но, что включенные в метаанализ исследования имели серьезные методологические недостатки (Mahid S.S. et al., 2009).

Оперативное лечение

Пациентов с клиническими критериями ФЗЖП и ПФВ <40% рассматривают как кандидатов для проведения холецистэктомии. Практическое отсутствие в Украине возможности проведения ХСХГ с определением ПФВ делает принятие решения в отношении холецистэктомии очень непростым. Разумной стратегией может быть консервативное лечение на ранних этапах с последующей оценкой его эффективности.

Продолжающиеся приступы билиарной боли ввиду отсутствия полноценной эффективности фармако- и фитотерапии рассматривают как показание к проведению холецистэктомии. Ультразвуковые критерии нарушения сократительной способности ЖП нельзя рассматривать в качестве основания для проведения оперативного лечения ввиду отсутствия стандартных протоколов и параметров оценки.

Консервативное лечение

Пациентам с ФЗЖП необходимо предоставить подробные рекомендации по диете и режиму питания. Рекомендована диета, достаточная по калорийности и сбалансированная по количеству необходимых нутриентов. Большинство пациентов нуждаются в 3–4-разовом режиме питания с интервалом между приемами пищи не более 3,5–4 ч.

Оптимальным подходом к выбору консервативной терапии при ФЗЖП является сочетание курсового приема препаратов, влияющих на моторику ЖП, с применением симптоматических средств для купирования приступов билиарной боли. Лечение должно быть персонализированным с оценкой его эффективности у каждого пациента.

Пациентам с ФЗЖП широко рекомендованы урсодезоксихолевая кислота (УДХК), прокинетики, желчегонные средства, включая препараты артишока (Hansel S.L., Dibaise J.K., 2008). Купирование приступов билиарной боли может быть достигнуто с помощью ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов. Пациентам с сопутствующими кислотозависимыми заболеваниями предпочтительнее назначать селективные ингибиторы циклооксигеназы-2.

С целью оптимизации моторики ЖП и увеличения фракции выброса пациентам наряду с соблюдением режима питания следует принимать препараты, влияющие на моторно-эвакуаторную функцию ЖП. Эффективно применение таких препаратов индивидуально подобранным курсом продолжительностью 2–3 нед.

Оправданным является выбор препаратов артишока, оказывающих выраженное влияние на моторно-эвакуаторную функцию ЖП. В частности препарат Артихол в новой дозе (400 мг) содержит в 1 таблетке в 2 раза большее количество сухого экстракта артишока, что позволяет повысить комплаенс. Результаты применения препарата у пациентов с ФЗЖП демонстрируют значительное снижение частоты и интенсивности приступов билиарной боли. Наряду с диетой и режимом питания применение препарата приводит к длительной ремиссии ФЗЖП. Артихол принимают 3 раза в сутки перед основным приемом пищи, курс лечения определяют индивидуально с учетом динамики эффективности и переносимости препарата. Средняя продолжительность лечения составляет 14–21 день.

Препараты УДХК также могут быть эффективны, особенно при сопутствующих нарушениях моторики двенадцатиперстной кишки и при дислипидемии. В ряде случаев оправдано применение прокинетики.

ДСО

Основная терапевтическая цель при ДСО — устранение боли и рецидивов острого панкреатита путем восстановления оттока желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку.

Это, как правило, обеспечивается дифференцированным подходом к пациентам со стенозом и ДСО. В первом случае предпочтение отдают хирургическим и эндоскопическим методам, во втором — фармакотерапии. При сочетании стеноза и ДСО может быть эффективен последовательный подход: инвазивные методы с дальнейшей фармакотерапией.

Эндоскопические методы лечения

Билиарный или панкреатический сегмент СО может быть рассечен с помощью электроножа во время ретроградной холангиопанкреатографии. Установлено уменьшение выраженности или устранение боли в 30–90% случаев после эндоскопической сфинктеротомии. Эндоскопические инъекции ботулинического токсина успешно применяют для самостоятельного лечения ДСО, а также в качестве подготовки к последующей сфинктеротомии (Wehrmann T. et al., 1998).

Хирургическое лечение

Билиарная и панкреатическая сфинктеротомия может быть выполнена хирургическим путем через трансдуоденальный доступ. Этот способ лечения обеспечивает большую точность в выполнении сфинктеротомии. При эндоскопическом доступе сложно отделить трансампулярную перегородку без риска повреждения кишки, в результате эндоскопическая сфинктеротомия не всегда полностью устраняет панкреатическую обструкцию (Funch-Jensen P., Kruse A., 1987). Эндоскопическая сфинктеротомия билиарного сегмента СО может вообще не затронуть панкреатический сегмент (Ugljesic M. et al., 1995), чего не случается при хирургическом вмешательстве.

Хирургическая интервенция также уменьшает вероятность повторного стеноза в результате склерозирования.

В то же время эндоскопические подходы менее инвазивны, позволяют достичь аналогичных исходов и считаются предпочтительными в тех центрах, где есть квалифицированные специалисты.

Консервативное лечение

Лекарственные препараты, расслабляющие гладкие мышцы, могут быть эффективными у пациентов с ДСО. Ранее с этой целью применяли блокаторы кальциевых каналов и нитраты, однако вероятность побочных эффектов очень высока при их применении. Под вопросом и эффективность такой терапии (Döbrönte Z. et al., 1995).

Теория влияния микролитиаза на развитие постхолецистэктомического синдрома делает потенциально эффективным применение УДХК у таких пациентов (Окого N. et al., 2008).

Список использованной литературы: umj.com.ua

Получено 18.08.2014

Раціональний вибір у захисті печінки!



Коротка інструкція для медичного застосування

Склад: 1 таблетка містить артишоку сухого екстракту (*Synara scolymus*) 200 або 400 мг. **Фармакотерпевтична група.** Засоби, що застосовують при захворюваннях печінки та жовчовивідних шляхів. Код АТС A05A X10**. **Фармакологічні властивості** зумовлені дією комплексу біологічно активних речовин, що входять до складу листя артишоку польового (*Synara scolymus*). Чинить жовчогінну, гепатопротекторну та сечогінну дію, також знижує вміст сечовини в крові. Інгуліти та інші складові, які містять артишок, покращують обмінні процеси в організмі. **Показання до застосування.** Хронічний гепатит; цироз печінки, хронічний некалькульозний холецистит, дискінезія жовчних шляхів за гіпокінетичним типом, хронічний нефрит, хронічна ниркова недостатність. **Протипоказання.** Відомо підвищена чутливість до артишоку та інших рослин родини складноцвітих, непрохідність жовчовивідних та сечовивідних шляхів, жовчокам'яна хвороба, тяжка печінкова недостатність. **Належні заходи безпеки при застосуванні.** Препарат застосовують з обережністю при захворюваннях, що можуть призвести до непрохідності жовчовивідних шляхів та при тяжких захворюваннях печінки. Якщо симптоми захворювання не зникають або постійно рецидивують або у випадку виникнення діареї, болю в животі лікування препаратом слід припинити та проконсультуватися з лікарем. Препарат не застосовувати при гострих захворюваннях нирок. **Застосування у період вагітності або годування грудьми.** У період вагітності або годування грудьми препарат застосовують тільки за призначенням лікаря, якщо очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода або дитини. **Діти.** У дітей віком до 6 років препарат не застосовують. **Спосіб застосування та дози.** Внутрішньо дорослим і дітям старше 12 років призначають по 200–400 мг 3 рази на добу перед їдою. Дітям віком від 6 до 12 років призначають по 200 мг 3 рази на добу. Курс лікування — 2–3 тиж. При необхідності можливе проведення повторних курсів за погодженням з лікарем. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Назва і місце знаходження виробника.** ПАТ «Київський вітамінний завод», Україна, 04073, Київ, вул. Копилівська, 38.



КІЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ

Рестрація посвідчення МОЗ України
№ UA/5383/01/01 від 26.10.2011 р.
№ UA/5383/01/02 від 13.02.2014 р.