

УДК 616.361/366-07-085

Билиарные дисфункции. Современный взгляд на проблему

И.Л. Кляритская, Т.А. Цапьяк, Г. Шахбазиди

*Кафедра терапии и семейной медицины ФПО, КГМУ, г. Симферополь***Ключевые слова:** дисфункции билиарного тракта, диагностика, лечение, рафахолин

В Международной классификации болезней (МКБ – 10) в рубрику К82.8 включена “Дискинезия пузыря протока или желчного пузыря”, а в рубрику К83.4 – “Спазм сфинктера Одди”.

Первичные дисфункции билиарной системы встречаются в 10-15% случаев. Более часто встречаются вторичные дисфункции билиарной системы, которые наблюдаются у больных, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости (холецистэктомия, ваготомия, резекция желудка и др.), а также имеющих различные органические заболевания органов пищеварения. У 40% пациентов, перенесших холецистэктомию сохраняются клинические симптомы. Это обусловлено рядом причин, прежде всего, органическими нарушениями (40-45%) – стриктурами желчного протока, наличием нераспознанных конкрементов холедоха и др. А у большинства пациентов, перенесших холецистэктомию, развивается дисфункция

сфинктера Одди.

Классификация дисфункций билиарного тракта (Римские критерии –II, 1999)

I. по локализации:

1. дисфункция желчного пузыря;
2. дисфункция сфинктера

Одди:

- а) по билиарному типу;
- б) по панкреатическому типу.

II. по этиологии:

1. первичные;
2. вторичные.

III. по функциональному состоянию:

1. гиперфункция;
2. гипофункция.

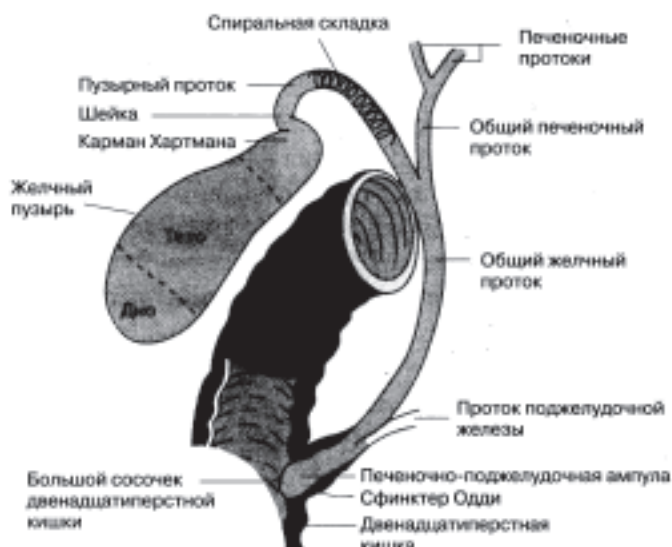
Дисфункция желчного пузыря (ДЖП) диагностируют при наличии у больного характерных абдоминальных болей по билиар-

ному типу, при условии исключения наличия конкрементов или структурной патологии. Единственным объективным критерием диагностики является замедление опорожнения ЖП.

Диагностические критерии ДЖП (Римские критерии II, 1999)

Эпизоды интенсивных непрерывных абдоминальных болей в эпигастриальной области и правом верхнем квадранте живота, характеризующиеся всеми ниже перечисленными признаками:

- 1) длительность эпизодов не менее 30 минут;
- 2) в течение последних 12 месяцев наблюдался по крайней мере 1 эпизод описанных абдоминальных болей;
- 3) абдоминальные боли носят постоянный, непрерывный характер, нарушают работоспособность, вынуждают больного обратиться к врачу;
- 4) не выявляется структурной патологии, наличие которой мог-



ло бы объяснить появление симптомов;

5) определяется нарушение функции желчного пузыря в виде расстройств его моторной активности.

Дисфункция сфинктера Одди (ДСО, дисфункция сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы) представляет собой нарушение нормальной сократительной активности сфинктера Одди, следствием которого является нарушение оттока желчи и сока поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку. Для этого функционального расстройства применялись и другие термины: «дискинезия желчевыводящих путей», «гипертоническая дискинезия сфинктера Одди», «спазм сфинктера Одди», «сосочковая дисфункция», «постхолецистэктомический синдром».

Сфинктер Одди – это фиброзно-мышечный футляр, окружающий конечные участки общего желчного протока и протока ПЖ и общий канал в месте их прохождения через стенку двенадцатиперстной кишки.

Сфинктер Одди состоит из трех сегментов:

- сфинктерного сегмента общего желчного протока, окружающего его дистальную часть;

- сфинктерного сегмента протока ПЖ, окружающего проток ПЖ;

- сфинктера ампулы, окружающего общий канал, который образуется при слиянии общего желчного протока и протока ПЖ.

Нормальную сократительную активность гладкомышечных волокон сфинктера Одди можно охарактеризовать следующим образом: базальное тоническое напряжение в покое (10 – 15 мм рт. ст.), которое уменьшается после приема пищи, и редкие фазические сокращения.

Сфинктер Одди выполняет следующие основные функции:

- регуляция оттока желчи и сока ПЖ в двенадцатиперстную кишку;

- предотвращение рефлюкса содержимого двенадцатиперстной кишки в общий желчный проток и проток ПЖ;

- создание условий для накопления желчи в желчном пузыре.

Благодаря координации сократительной активности желчного пузыря, мигрирующего моторного комплекса и сфинктера Одди обеспечивается наполнение желчного пузыря в промежутке между приемами пищи. В регуляции сократительной активности сфинктера Одди принимают участие гуморальные факторы (ХЦК, гастрин, секретин), нейромедиаторы (вазоинтестинальный полипептид, оксид азота), опиоидные пептиды, соматостатин.

Сфинктер Одди регулирует градиент давления между системой протоков и двенадцатиперстной кишкой. В норме эпизоды повышения тонуса («запирающая активность») сфинктера Одди сопровождаются пассивным расширением желчного пузыря. Нарушения функции сфинктера Одди и механизм развития боли при ДСО заключаются в развитии спазма сфинктерных мышечных волокон и повышении давления в системе желчных протоков и/или протока ПЖ.

Дисфункция сфинктера Одди может иметь место и у лиц с интактной билиарной системой, хотя наиболее часто эта патология обнаруживается у пациентов, перенесших холецистэктомию. Большинство случаев так называемого постхолецистэктомического синдрома обусловлены именно развитием ДСО. В силу того, что сфинктер Одди регулирует поступление в двенадцатиперстную кишку желчи и панкреатического сока, его дисфункция может приводить к заболеваниям, как билиарной системы, так и поджелудочной железы. В связи с этим, различают два варианта течения ДСО – по билиарному типу и по панкреатическому типу.

Дисфункция сфинктера Одди по билиарному типу

I тип дисфункции (определенный) клинически проявляется:

- типичными болями по билиарному типу;

- подъемом показателей функций печени: АСТ и/или щелочной фосфатазы (более 2N), зарегистрированных во время двух и более эпизодов болей;

- патологическими данными при ЭРХПГ (замедленная эвакуация контрастного вещества >45 мин; расширение холедоха 12 мм и более).

II тип дисфункции (предположительный) характеризуется бо-

Терапевтические эффекты препарата РАФАХОЛИН Ц (Г.Д.Фадеев, 2005)

Компонент	Активные вещества	Терапевтический эффект
Экстракт редьки черной (Raphani sat. Extr. Sicc.) 75 мг	Холин, гликозиды, лизоцим, фитонциды, ферменты	Стимуляция секреции желчи и желудочного сока Усиление перистальтики кишечника Спазмолитическое действие Бактерицидный эффект
Дегидрохолевая кислота (Ac. Dehydrocholiolum) 40 мг		Стимуляция секреции желчи Улучшение метаболизма жиров
Экстракт артишока (Cynare extr. Sicc.) 47 мг	Фенолкислоты, флавоноиды, фитостеролы	Гепатопротекторное действие, Антиоксидантное Детоксическое
Масло мяты перечной (Ol. Menthae rip.) 15 мг	Ментол, метилацетат, ментон, ментафуран, цинеол	Усиление секреции желчи и пищеварительных желез Антисептическое действие Спазмолитическое, болеутоляющее Противорвотное Антибродильное, ветрогонное
Уголь медицинский (Carbo med.) 75мг		Адсорбент

лями по билиарному типу, а также одним или двумя из вышеприведенных признаков;

III тип дисфункции (возможный) проявляется лишь болевым синдромом и ни одним из вышеприведенных признаков.

У пациентов с ДСО I типа наблюдаются структурные изменения самого сфинктера или зоны фатерова сосочка (фиброз или стеноз), а у больных с дисфункцией II и III типа более вероятны функциональные нарушения.

Вероятность наличия ДСО у лиц с клиникой I подтипа составляет 65-95%, с клиникой II подтипа - 50-63%, и III - 12-28%. Вероятность того, что боли билиарного характера обусловлены наличием синдрома функциональных абдоминальных болей наибольшая у больных с клиникой III подтипа и наименьшая - у лиц с клиникой I подтипа.

Дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу

Наиболее часто проявляется классической клиникой панкреатита с эпигастральными болями, иррадиирующими в спину, подье-

мом амилазы или липазы сыворотки крови. Отсутствие классических этиологических факторов панкреатита (конкременты, злоупотребление алкоголем) у таких больных зачастую ведет к постановке диагноза идиопатического рецидивирующего панкреатита. В ряде случаев больные могут предъявлять жалобы на типичный для панкреатита болевой синдром, но у них не наблюдается повышения панкреатических ферментов. У многих из таких больных боли обусловлены наличием синдрома функциональных абдоминальных болей.

Диагностические критерии (Римские критерии II, 1999)

Эпизоды интенсивных непрерывных абдоминальных болей в эпигастральной области и правом верхнем квадранте живота, характеризующиеся всеми ниже перечисленными признаками:

- 1) длительность эпизодов не менее 30 минут;
- 2) в течение последних 12 месяцев наблюдался по крайней мере 1 эпизод описанных абдоминальных болей;
- 3) абдоминальные боли носят постоянный, непрерывный харак-

тер, нарушают работоспособность, вынуждают больного обратиться к врачу;

4) не выявляется структурной патологии, наличие которой могло бы объяснить появление симптомов.

“Золотым” стандартом диагностики моторных расстройств сфинктера Одди является манометрия сфинктера Одди (результат считают патологическим при базальном давлении в сфинктере выше 30-40 мм рт. ст., как в желчном, так и панкреатическом сегментах).

В манометрии не нуждаются пациенты с ДСО по билиарному типу (типы I и III). У пациентов с билиарным типом II манометрическое исследование считается обязательным.

Принципы лечения билиарных дисфункций

Основная цель лечения пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта заключается в восстановлении тонуса и нормального функционирования сфинктерной системы, нормализации тока желчи по билиарным и панкреатическим протокам, синтеза желчи и градиента

давления в протоковой системе.

Целесообразно соблюдение режима питания с ограничением жирной, жареной пищи; рекомендуется частое дробное питание.

Из лекарственных средств используют: антихолинергические препараты, нитраты, миотропные спазмолитики, интестинальные гормоны (холецистокинин - ХЦК, глюкагон), холеретики, холекине-тики.

При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения и при резком снижении сократимости желчного пузыря (фракция выброса менее 40% при проведении холесцинтиграфии с холецистокинином) ставится вопрос о холецистэктомии. Следует отметить, что прежние симптомы часто возникают снова через некоторое время после операции, поэтому холецистэктомия не является абсолютной рекомендацией.

Для купирования острых приступов боли, связанных с ДСО, наиболее целесообразно применение спазмолитиков с коротким периодом достижения максимальной действующей концентрации в сыворотке: быстродействующих нитратов (сублингвально), холинблокаторов и ингибиторов фосфодиэстеразы IV типа для парентерального введения.

В настоящее время изучается возможность применения лекарственных средств, используемых при бронхиальной астме, в купировании приступов ДСО. Тербуталин (агонист β_1 -адренорецепторов), как и аминофиллин (эуфиллин), увеличивает уровень цАМФ в гладких мышечных клетках сфинктера Одди и вызывает его расслабление. Агонисты β_1 -адренорецепторов повышают выработку цАМФ, а амонофиллин угнетает процесс его разрушения. Представляется, что агонисты β_1 -адренорецепторов и аминофиллин откроют новые возможности терапии при ДСО, главным образом в комбинации с нитратами.

При ДСО по показаниям и при неэффективности медикаментоз-

ной терапии можно применять следующие методы:

- папиллосфинктеротомия — показана при дисфункции I типа;
- использование ботулинического токсина, являющегося сильным ингибитором высвобождения ацетилхолина, - при его введении непосредственно в сфинктер Одди уменьшается тонус последнего, улучшается ток желчи и клиническое состояние больных, но ответ на лечение преходящий;
- оперативная сфинктеропластика и панкреатическая литопластика — стандартные методы лечения дисфункции 4 типа.

Прогноз

Прогноз для жизни благоприятный, однако, оптимальные схемы лечения не разработаны, что может потребовать повторных курсов лечения по поводу рецидивов симптоматики билиарных дисфункций.

Цель исследования

Изучить эффективность и безопасность препарата РАФАХОЛИН Ц, действующее вещество которого состоит из экстракта черной редьки с активированным углем- 150мг, экстракта травы артишока- 47мг, дегидрохолевой кислоты- 40мг, масла мяты перечной- 15мг (Табл.).

Материал и методы

В исследовании приняло участие 32 больных, из них 21 женщина (65,6%) и 11 мужчин (34,4%) в возрасте от 20 до 56 лет. Структура больных по нозологиям распределилась следующим образом: 18 больных с дисфункцией желчного пузыря, 14 пациентов — с дисфункцией сфинктера Одди; в 14 случаях дисфункция желчного пузыря диагностирована как сопутствующая патология (8 случаев на фоне активной язвы луковицы 12 п.к. и в 6 случаях в сочетании с гастроэзофагеальной

рефлюксной болезнью 0-1 ст.). Всем больным назначался Рафахолин Ц по 2др.хЗр/день в течение 10 дней в качестве монотерапии больным первой группы (18чел.) и в комплексном лечении во второй группе (14чел.).

Пациентам, участвовавшим в исследовании до начала лечения и после завершения курса предлагалось заполнить таблицы самооценки клинических симптомов, в которых учитывалась частота и интенсивность абдоминально-болевого и диспепсического синдромов, и также проводилось УЗИ гепатобилиарной зоны с определением фракции выброса желчного пузыря.

Результаты исследования

У 26 больных (14 пациентов первой группы и 12-второй) - 81,2% после завершения курса лечения Рафахолином Ц отмечено полное и стойкое купирование диспепсического синдрома, у 24 больных (1гр.-15чел., 2гр.-9чел.)-75% купировался абдоминально-болевой синдром. У 6 и 8 больных соответственно частота и интенсивность этих клинических проявлений значительно уменьшилась. При контрольном УЗИ функции желчного пузыря, после 10-дневной терапии Рафахолином Ц, восстановление его функциональной способности отмечено у 22 больных, что составило 68,7% (возрастная категория этой группы больных составила от 20 до 38 лет), в остальных 10 случаях фракция выброса желчного пузыря увеличилась в среднем на 26-35%. В ходе лечения Рафахолином Ц не зафиксированы побочные эффекты, препарат хорошо переносился больными. Максимально-ранний терапевтический эффект отмечен на 2-е сутки приема препарата.

Выводы

Применение препарата Рафа-

холин Ц при билиарной дисфункции достоверно увеличивало фракцию выброса желчного пузыря, купировало болевой и диспепсический синдромы. Таким образом, Рафахолин Ц показан как в качестве монотерапии, так и в комплексном лечении больных с сопутствующей патологией. Препарат хорошо переносится, практически не вызывает побочных эффектов, а также учитывая его многокомпонентный состав обладает разносторонними терапевтическими эффектами. Вышеуказанные аргументы обосновывают фармакоэкономическую целесообразность применения данного препарата, его безопасность и клиническую эффективность при билиарных дисфункциях.

Литература

1. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Под общей редакцией В. Т. Ивашкина. Дисфункция сфинктера Одди. — М. «Издательство «Литера». — 2003.
2. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. /ГЭОТАР-МЕД. // 2002. — 59 с.
3. Ивашкин В. Т. Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей. //ООО Издательский дом «М-Вести». — 2002. — 432 с.
4. Ильченко А. А. Дисфункции билиарного тракта и их медикаментозная коррекция. - Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2002. - №5. — С 25 — 30.
5. Калинин А. В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение. — Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2002. - №3. — С 25 — 35.
6. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. /ГЭОТАР-МЕД. // 2001. — 259 с.
7. Минушкин О. Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта. Патопфизиология, диагностика и лечебные подходы. — М. — 2002. — 15 с.
8. Амелин А. В. Клиническая фармакология мебеверина (Дюспаталина) и его роль в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта. Клиническая фармакология и терапия. — 2001. — 10 (1). — с. 1—4.
9. Функциональные заболевания кишечника и желчевыводящих путей: вопросы классификации и терапии. Международный бюллетень: гастроэнтерология. — 2001. — №5. — с. 1—4.
10. Полуэктова Е. А. Боль в животе при функциональных расстройствах кишечника. Клинические перспективы в гастроэнтерологии и гепатологии. — 2001. — №2 — с. 27—33.
11. Охлобыстин А. В. Расстройства моторики желчевыводящих путей в клинической практике. - Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2002. - №3. — С. 17 - 25.

Біліарні дисфункції. Сучасний погляд на проблему

І.Л. Кляритська, Т.А. Цапяк, Г. Шахбазіді

У статті наведені сучасні погляди на діагностику, лікування біліарних дисфункцій. Узагальнен досвід лікування БД рафахоліном Ц, з допомогою якого зменшується больовий синдром, зростає фракція викиду жовчного міхура.

Biliary dysfunction. Contemporary views on the problem

I.L. Klyaritskaya, T.A. Tspiak, G. Shakhbazidi

Contemporary view on diagnosis, management of biliary dysfunction. An experience of BD treatment with rafacholine C is summarized. Made a conclusion that it decreases pain and increases an ejection fraction of gallbladder.