

КРУГЛЫЙ СТОЛ:

ОБСУЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ РОССИЙСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

В рамках 106-й Международной весенней сессии Национальной школы гастроэнтерологии, гепатологии РГА при поддержке компании «Канонфарма продакшн» был организован круглый стол, главной задачей которого было познакомить практикующих врачей с клиническими рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональных расстройств билиарного тракта. Заседание провела исполнительный директор Национальной школы гастроэнтерологии, гепатологии РГА, заведующая учебной частью курса «Функциональная диагностика и фармакотерапия в гастроэнтерологии» при кафедре семейной медицины факультета послевузовского профессионального образования врачей Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор Елена Константиновна БАРАНСКАЯ.

ROUNDTABLE DISCUSSION: DISCUSSION OF THE RUSSIAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION CLINICAL GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE BILIARY TRACT

The roundtable discussion was arranged within the framework of the 106th International Spring Session of the National School of Gastroenterology and Hepatology of the Russian State Medical Academy sponsored by Canonpharma Production. The purpose of the roundtable was to introduce practising physicians to the Russian Gastroenterological Association clinical guidelines for the diagnosis and treatment of functional disorders of the biliary tract. The discussion was held by the Executive Director of the National School of Gastroenterology and Hepatology of the Russian State Medical Academy, the Curriculum Director of the Course "Functional Diagnostics and Pharmacotherapy in Gastroenterology" at the Family Medicine Department of the Faculty of Postgraduate Professional Training of Physicians of I.M. Sechenov Moscow Medical Academy, Elena K. Baranskaya, MD, Professor.

Профессор Е.К. Баранская подробно рассказала о функциональных расстройствах желчного пузыря (дискинезии) и сфинктера Одди, о критериях диагностики данных нарушений, особенностях проведения дифференциальной диагностики, принципах лечения и выборе фармакотерапии. В начале своего выступления она напомнила, что данные заболевания связаны с нарушениями моторики и повышением висцеральной чувствительности. Была подчеркнута значимость подробного анамнеза и тщательного анализа симптома боли, необходимость проверки на соответствие критериям билиарной боли. Основными проявлениями дискинезии являются приступы характерной боли в области эпигастрия, правом и левом подреберье при отсутствии органического поражения желчных путей (рис. 1), боль носит иррадирующий характер, в связи с чем особую важность в диагностике данного заболевания приобретают перкутирование и пальпирование. Также необходимо принять во внимание связь боли с перееданием, особенно при наличии в рационе жирной пищи.

Согласно современным критериям диагностики, в отношении дискинезии желчного пузыря (ЖП) и дискинезии



д.м.н., профессор
Елена Константиновна БАРАНСКАЯ

сфинктера Одди (СО) не используют понятия «гипертоническая» и «гипотоническая дискинезия ЖП». Более подробно докладчик остановилась на главном проявлении дискинезии – билиарной колике, являющейся свидетельством гипертензии, спазма внутриспеченочных или внепеченочных желчных протоков, вызывающих боль. Типичными признаками билиарной боли являются: стойкий характер, длительность более 30 минут и быстрое нарастание, возникновение с разными интервалами, что требует немедленной помощи. Кроме этого, билиарная боль может сопровождаться тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения. Возникающая в ночное время, такая боль вызывает пробуждение ото сна. Важно обращать внимание на лабораторные показатели, которые остаются в пределах нормы, в то время как, например, у больного с острым фолликулярным холециститом будут повышены показатели СОЭ и содержания С-реактивного белка. Симптом Мэрфи положительный.

В докладе обсуждались особенности диагностики и важность определения признаков, отличающих органическую патологию от функциональной: абдоминальные боли в ночное время, диарея, вздутие живота, урчание,

появление озноба, лихорадки, желтухи. Поэтому диагностика включает минимум лабораторных исследований: клинический и биохимический анализ крови, а также копрологическое исследование. При функциональном расстройстве ЖП существенных изменений в клиническом и биохимическом анализе с определением активности трансаминаз, билирубина, панкреатической амилазы и липазы не отмечается. Однако при функциональном расстройстве СО билиарного типа после приступа боли могут определяться повышенные уровни билирубина, АСТ, АЛТ, а при функциональном расстройстве СО панкреатического типа – повышение активности панкреатической амилазы и липазы.

Основные трудности оценки патологии системы желчевыделения:

- 1) единый клинический симптом для ЖКБ и функциональных расстройств: билиарная боль (желчная колика);
- 2) отсутствие доступных, физиологичных, мощных стимуляторов сокращения желчного пузыря и расслабления сфинктера Одди;
- 3) отсутствие возможности клинко-морфологических сопоставлений и визуализации (исключением является ввод метки в пищевой завтрак);
- 4) разнородность пациентов;
- 5) оценка единого аппарата желчевыведения «по частям», за исключением метода билиосцинтиграфии с $^{99m}\text{TcHIDA}$ / $^{75}\text{SeHCAT}$;

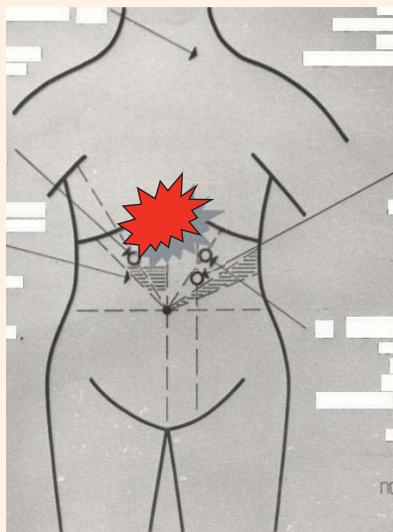
б) низкая воспроизводимость методов изучения моторной функции ЖКТ (у больного фиксируется гипомоторная или, напротив, гипермоторная дискинезия желчного пузыря, что может объясняться психоэмоциональным состоянием, физической активностью и другими факторами).

Профессор Е.К. Баранская подчеркнула, что многие детали патогенеза дискинезий остаются неясными, т.к. изучение двигательной функции ЖКТ в сопоставлении с секреторной функцией в мировой медицине только начинается. Однако, согласно современным данным, патогенез связан с нарушением координированной перистальтики на различных уровнях билиарных путей и возникновением спазма. Есть некоторые данные о том, что в области шейки ЖП развивается переходящая функциональная обструкция, вследствие которой объем сокращения оказывается недостаточным, меняется динамика сокращения, и болевые ощущения могут возникать даже при небольшом повышении давления в шейке.

Существенную роль в развитии дискинезий ЖП и СО играет литогенная желчь. Сократимость мышечных волокон и восприятие сигнала от холецистокининового рецептора нарушаются при перенасыщении холестерином. Более того, прохождение кристаллов желчи и микролитов вызывает повторную травматизацию сфинктеров, рефлекторный спазм и хроническое воспаление. Большую распространенность дискинезий желчных путей в наши дни можно объяснить «эпидемией ожирения» и ассоциированной с ним тенденцией к образованию литогенной желчи.

Особое внимание было уделено сбору анамнеза, рекомендовано рассматривать взаимодействие отделов ЖКТ в целом, лишь условно разделяя его на функциональные субъединицы, учитывая функциональную взаимосвязь предшествующего и последующего отделов. Назвав главные нейротрансмиттеры билиарного тракта (нейроэндокринные гормоны и вагальную иннервацию; рис. 2), докладчик пояснила, что, например, в отношении СО предшествующим отделом является желудок, и функционирование билиарного тракта начинается со своевременного сокращения и расслабления пилорического сфинктера, а также со своевременного поступления пищи из желудка в луковицу двенадцатиперстной кишки и т.д. В норме в ответ на открытие пилорического сфинктера и попадание в двенадцатиперстную кишку трех компонентов – белков, жиров и соляной кислоты – происходит полноценный выброс I-клетками двенадцатиперстной кишки основного фермента – холецистокинина. Таким образом, для нормального функциони-

Рисунок 1. Билиарная боль (колика)



- висцеральная боль в эпигастрии
- разлитая, нарастающая
- иррадиация в зоны Захарьина – Геда
- связь с жирной пищей
- спонтанная
- ночная
- больной не находит места, мечется от боли
- симптом Мэрфи положительный
- лабораторные показатели в норме
- более 6 ч – риск о. холецистита и париетальной боли

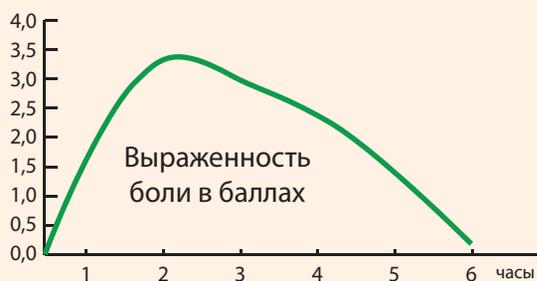
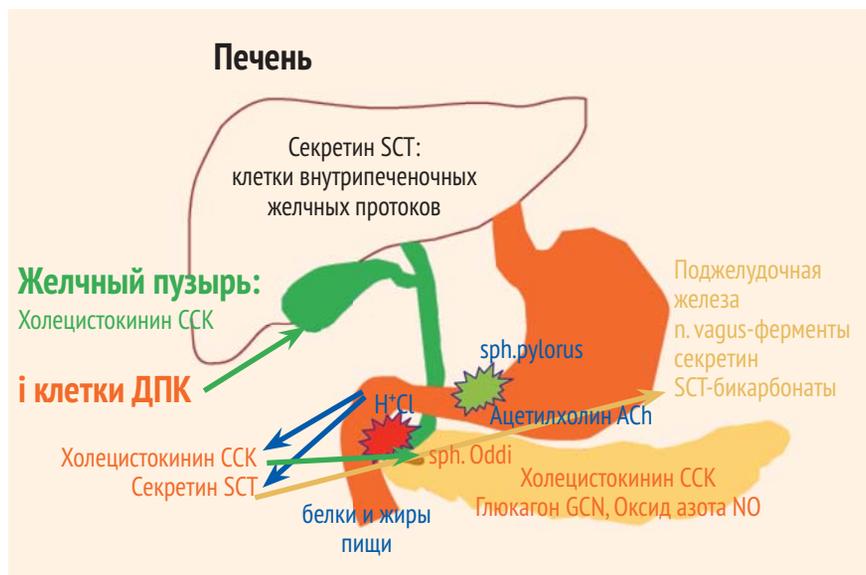


Рисунок 2. Главные нейротрансмиттеры билиарного тракта



рования билиарного тракта в рационе необходимы белки и соляная кислота, в связи с чем в настоящее время назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) должно проводиться строго по показаниям.

Обратившись к Римским критериям IV пересмотра (2016 г.; рис. 3), профессор Е.К. Баранская отметила появление нового раздела – «билиарная боль». В данном документе представлены диагностические критерии функциональных билиарных расстройств, сформулированные на основе анализа обширного клинического материала. Профессор подчеркнула, что Римские критерии касаются не острой гастроинтестинальной патологии, а хронических заболеваний, о чем свидетельствует не менее чем 3-месячное сохранение симптоматики.

Основными критериями дискинезии ЖП являются типичная билиарная боль, отсутствие камней/сладжа и других структурных изменений ЖП по данным УЗИ, а также дополнительные подтверждающие признаки: снижение фракции опорожнения ЖП (<40%) по данным УЗ-холецистографии или билиосцинтиграфии; нормальный уровень печеночных ферментов, прямого билирубина, амилазы/липазы в крови.

В качестве критериев диагностики функционального расстройства СО билиарного типа выделяют типичную билиарную боль; повышение печеночных ферментов или расширение желчного протока; отсутствие камней в желчных протоках и других их структурных изменений, а также дополнительные подтверждающие признаки: нормальный уровень амилазы/липазы, характерные изменения по данным билиосцинтиграфии, манометрии СО.

К критериям диагностики функционального расстройства СО панкреатического типа относят атаки панкреатита в анамнезе (типичная панкреатическая боль, повышение активности амилазы/липазы в крови >3 норм, признаки острого панкреатита по данным методов визуализации); исключение других причин панкреатита; отсутствие

изменений по данным эндоУЗИ; дополнительным подтверждающим признаком являются характерные изменения по данным манометрии СО.

Впервые в Римских критериях IV пересмотра четко определен перечень органических патологий, в отношении которых нужно проводить дифференциальную диагностику, т. е. каждую из которых следует исключить при подозрении на функциональную патологию билиарного тракта (рис. 4).

Необходимо дифференцировать по клиническим признакам дискинезию желчных путей и другие заболевания, при которых также могут наблюдаться боли в верхнем отделе живота, а именно: синдром раздраженного кишечника (как правило, у больных с СРК может возникать боль в верхних и центральных отделах живота, в эпигастрии, может наблюдаться вздутие живота, но стул приносит облегчение больному, чего не происходит при билиарной боли); функциональную диспепсию; гастропарез; острый гастрит; диспепсию, ассоциированную с инфекцией, желчным гастритом; язвенную болезнь; симптоматическую язву желудка и двенадцатиперстной кишки; билиарный сладж; проявления ЖКБ (желчная колика, калькулезный холецистит, холедохолитиаз); паразитоз; панкреатит; заболевания тонкой и толстой кишки; спаячную болезнь, ишемическую болезнь сердца; плеврит; мочекаменную болезнь; костохондрит; радикуло- и миопатии.

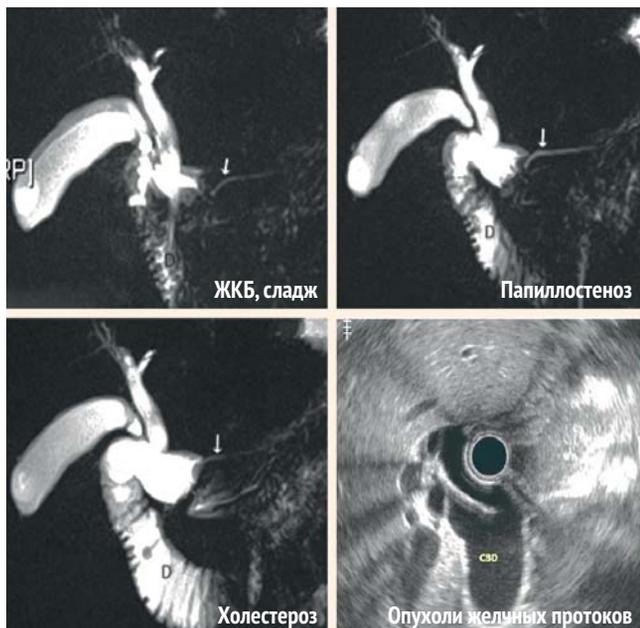
Установление связи боли с определенными факторами помогает уже на раннем этапе диагностики. При четкой ассоциации боли с приемом пищи («ранняя» или

«поздняя» ассоциация боли с приемом пищи («ранняя» или «поздняя» ассоциация боли с приемом пищи)

Рисунок 3. Римские критерии 2005, 2016 гг.

Rome IV	
Римские критерии III 2005 г.	Римские критерии IV 2016 г. E1. Билиарная боль
E1. Функциональное расстройство желчного пузыря	E1a. Функциональное расстройство желчного пузыря
E2. Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа	E1b. Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа
E3. Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа	E2. Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа
– Все признаки за последние 3 мес. при условии первого появления симптомов не менее чем за 6 мес. до постановки диагноза – Отсутствие органических изменений, объясняющих боль МКБ10. 82.2. Дискинезия желчного пузыря и желчных протоков К 83.4. Спазм сфинктера Одди	

Рисунок 4. Дифференциальный диагноз. Органические заболевания



Дополнительные методы

- ЭндоУЗИ
- МР-ХПГ
- Динамическая билиосцинтиграфия

«поздняя») и облегчении при приеме антацидов/антисекреторных средств обоснован диагноз кислотозависимых заболеваний (язвенная болезнь, функциональное расстройство по типу синдрома эпигастральной боли, острый/хронический гастрит). При наличии дискинетического симптомокомплекса (чувства переполнения, тяжести в эпигастральной области после еды, тошноты, отрыжки) необходимо исключить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки с синдромом нарушенной эвакуации (включая функциональное расстройство по типу постпрандиального дистресс-синдрома). Если появление или облегчение боли связано с дефекацией и прохождением газов, следует заподозрить заболевание кишечника. При связи боли с положением тела и болезненности при пальпации мест проекции нервных корешков и мышц в основе могут лежать мышечно-скелетные расстройства. Связь боли с приемом пищи и ее опоясывающий характер, предсказуемость появления/нарастания боли типичны для поражения поджелудочной железы.

Необходимо достоверно исключить холедохолитиаз. Кроме того, причиной приступов боли могут быть идиопатический рецидивирующий панкреатит или панкреатит другой этиологии. В подобных случаях решающую роль играют методы лучевой диагностики (МР-ХПГ, эндоУЗИ, КТ органов брюшной полости с в/в контрастированием). Распознать ранние стадии панкреатита с помощью методов лучевой диагностики сложно, поэтому необходимо продолжительное наблюдение за течением болезни;

иногда диагноз ставится по результатам эмпирической терапии, пробного панкреатического стентирования или эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Неинвазивный метод билиосцинтиграфии может выявить нарушения пассажа желчи.

Учитывая сходство в локализации боли, следует исключить заболевания почек и рак толстой кишки. При ретростернальном распространении боли нужно исключить ишемическую болезнь сердца. Наблюдая пациента с функциональными расстройствами ЖП и СО, следует периодически пересматривать диагноз во избежание ошибочной трактовки симптомов.

Билиарный сладж является начальной стадией желчнокаменной болезни (ЖКБ), которая может вызвать билиарную колику или стать причиной функционального панкреатита (ранее его называли «идиопатический панкреатит», поскольку не имелось сведений о том, что сладж представляет собой осадок в желудке, забрасываемый в панкреатические протоки и вызывающий тяжелую патологию поджелудочной железы).

Значимой патологией желчного пузыря, подлежащей исключению, является холестероз (в англ. «множественный полипоз желчного пузыря»). Данная патология, представляя собой аденоматозные полипы желчного пузыря, является предопухоловой. Из-за сужения билиарных протоков опухоли вызывают боль и желтуху, развивающуюся стремительно. Пациентам с такой патологией показана операция. Вместе с тем при наличии так называемого «симптома ручья», когда желчь обтекает небольшую опухоль, появление желтухи может быть отсрочено.

Впервые в Римских критериях IV пересмотра четко определен перечень органических патологий, в отношении которых нужно проводить дифференциальную диагностику, т. е. каждую из которых следует исключить при подозрении на функциональную патологию билиарного тракта

Для исключения органической патологии должны проводиться следующие инструментальные методы исследования, определенные Римскими критериями IV:

■ **при подозрении на дискинезию ЖП:** УЗИ органов брюшной полости и стандартная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с осмотром двенадцатиперстной кишки и области фатерова сосочка. При наличии риска развития колоректальных опухолей показано проведение скрининговой колоноскопии;

■ **при подозрении на дискинезию СО:** УЗИ органов брюшной полости и стандартная ЭГДС с осмотром двенадцатиперстной кишки и области фатерова сосочка и магниторезонансная холангиопанкреатография. Учитывая неинвазивный характер исследования, целесообразно на первом этапе прибегать к магниторезонансной холангиопанкреатографии (МР-ХПГ). При наличии риска развития колоректальных опухолей показано проведение скрининговой колоноскопии.

Рисунок 5. Причины снижения фракции выброса желчного пузыря

1. Вторичные (по отношению к сочетанным заболеваниям)

Ожирение
Сахарный диабет
Атрофический гастрит с ахилией

2. Нарушения функции щитовидной железы

СРК, дисфункция сф.Одди
ЦП, ПБХ, ПСХ
ВЗК

3. Пищевые

Низкое содержание белка, жиров и клетчатки в рационе
Избыток углеводов в питании

4. Беременность

5. Лекарственные

Антациды, антисекреторные препараты, антидепрессанты, контрацептивы, блокаторы кальциевых каналов

Воспаление – холецистит (некалькулезный)

Главная цель проведения УЗИ органов брюшной полости – исключение органической патологии: ЖКБ, новообразований печени, желчных путей, поджелудочной железы. Преходящее расширение холедоха (>7–8 мм) или панкреатического протока (>3,5 мм в головке) после приступа боли билиарного или панкреатического типа не противоречит диагнозу функционального расстройства сфинктера Одди, если другие признаки соответствуют этому диагнозу. Постоянно определяющееся расширение холедоха (≤8 мм) у пациентов, перенесших холецистэктомию, в отсутствие признаков механической обструкции и какой-либо симптоматики можно расценивать как адаптивные изменения после удаления желчного пузыря.

Также при УЗИ можно оценить фракцию выброса желчного пузыря (методом УЗ-холецистографии, однако это относится уже к уточняющим исследованиям).

Стандартная ЭГДС с осмотром двенадцатиперстной кишки, и в частности области фатерова сосочка, необходима для исключения язвенной болезни как возможной причины боли в животе, органических изменений фатерова сосочка (опухолей, явных воспалительных изменений, гиперплазии), периапулярных дивертикулов, инфильтрации стенки двенадцатиперстной кишки как органических причин билиарной или панкреатической боли.

Скрининговая колоноскопия проводится для исключения органических изменений толстой кишки; при отсутствии отягощенной наследственности она показана лицам в возрасте ≥50 лет.

К специальным, уточняющим исследованиям, не являющимся строго обязательными при дискинезии ЖП, относятся УЗ-холецистография, МР-ХПГ, эндоскопическое УЗИ (эндоУЗИ) панкреато-билиарной зоны, билиосцинтиграфия с ^{99m}Tc. Они проводятся в том случае, если на этапе обязательных исследований не удалось установить диагноз.

Порядок применения инструментальных исследований определяется алгоритмами диагностики.

Дискинезии как первичные патологии встречаются редко (за исключением детей и подростков), чаще всего они являются вторичной патологией. Среди причин снижения фракции выброса желчного пузыря (рис. 5): 1) вторичные: ожирение – системное заболевание, поражающее все системы, в том числе и билиарный тракт; сахарный диабет; атрофический гастрит; 2) нарушение функции щитовидной железы, комплекс болезней печени, аутоиммунных заболеваний кишки; 3) пищевые факторы – употребление фастфуда, отличающегося вредным сочетанием жиров и углеводов, способствующего развитию ожирения; 4) беременность, сопровождающаяся гипомоторной дискинезией или нарушением желчеотделения; 5) прием некоторых лекарственных препаратов. Профессор добавила, что к нарушению моторики желчевыводящих путей, помимо перечисленных факторов, приводит также сидячая работа.

При подозрении на функциональное расстройство желчного пузыря предложен следующий план обследования (рис. 6):

■ При типичной билиарной боли в отсутствие желчных камней необходимо назначить анализы ферментов печени, поджелудочной железы; провести исследования: ЭГДС, УЗИ.

■ При отсутствии органической патологии следует провести эндоУЗИ, позволяющее измерить диаметр общего желчного протока в миллиметрах и обосновать дискинезию желчного протока.

■ Оценить фракции выброса желчного пузыря и проходимость желчного пути с помощью динамической билиосцинтиграфии.

■ Если диагноз билиарной боли не подтверждается, больному необходимо дальнейшее обследование.

Рисунок 6. План обследования при подозрении на функциональное расстройство желчного пузыря

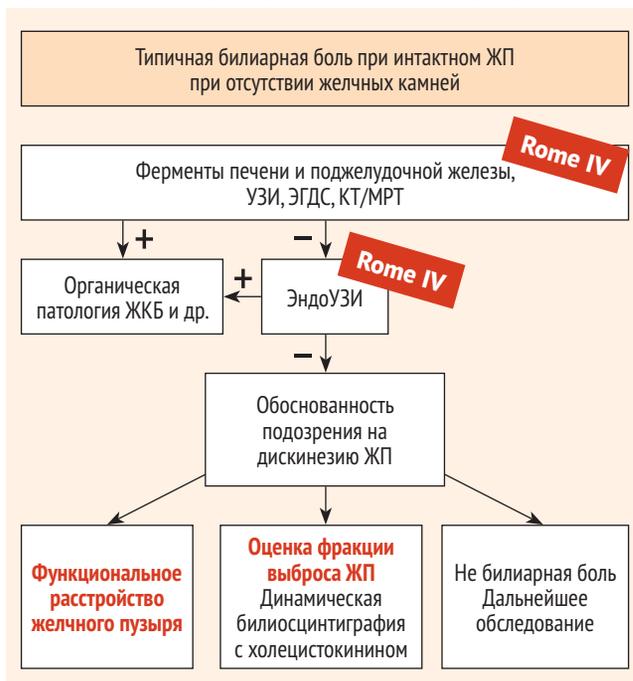


Рисунок 7. Клинический пример функционального расстройства желчного пузыря

Больная К. 32 лет, учитель, ИМТ 26 кг/м²

- Боль в правом подреберье, интенсивная, нарастающая
- Приступы после обильной, жирной, жареной пищи
- Симптом Мерфи слабоположительный
- Аутоиммунный тиреоидит 5 лет. Гипотиреоз. Тиреоидин. Т4 7,5 мкг%, N 5,5–11 мкг%, ТТГ 3,8 мкМЕ/мл N 0,4–4,2 мкМЕ/мл
- УЗИ: камней, сладжа не обнаружено
- Трансаминазы, амилаза, липаза – N

DS Функциональное расстройство желчного пузыря вторичного характера (на фоне сочетанного заболевания – аутоиммунного тиреоидита)



**фракция выброса 27,5%
0 день**



норма <30–40%



**фракция выброса 49,3%
90 день**



КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

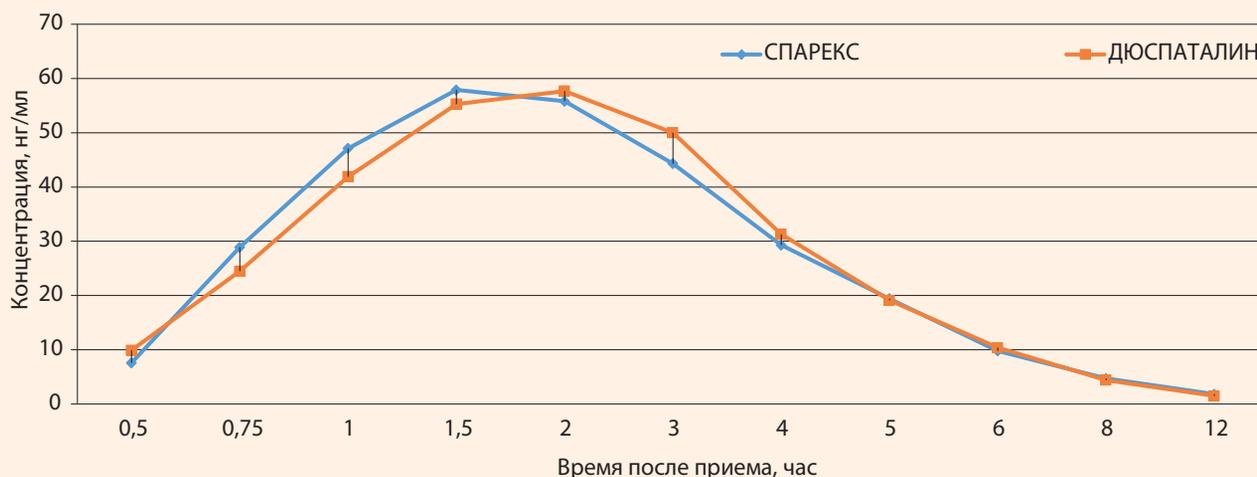
Больная 32 лет, с небольшим лишним весом. Испытывает типичную билиарную боль (как при ЖКБ): интенсивную, усиливающуюся, по поводу которой она вызывает скорую. Боль иррадирует в межлопаточную область и правую руку. При этом наблюдаются слабость, потливость, головокружение, тошнота. Прием пищи и лекарственных препаратов вызывает рвоту. Сопутствующие заболевания: аутоиммунный тиреоидит в течение 5 лет, гипотиреоз (компенсирован). УЗИ не выявило камней и сладжа, показатели ферментов в норме. Больной проводят исследование фракции выброса после лечения. Диагноз: функциональное расстройство желчного пузыря вторичного характера (рис. 7). В качестве эффективной комплексной терапии функциональных нарушений билиарного тракта Е.К. Баранская рекомендовала сочетание отечественных препаратов Спарекс® (мебеверин) и Эксхол® (урсодезоксихолевая кислота). Лечение проводится на фоне дробного приема пищи (каждые 3–4 часа) с умеренным содержанием жиров и достаточным содержанием белков. Через 3 месяца после такой терапии сократительная функция желчного пузыря была восстановлена.

Учитывая, что в основе дискинезии желчных путей и сфинктера Одди лежит «функциональная обструкция» желчеоттока/оттока панкреатического секрета, в качестве медикаментозной терапии первого ряда выступают спазмолитики. Во избежание нежелательных эффектов следует выбирать спазмолитики с максимальным селективным действием на ЖКТ и желчные пути.

Стандартное лечение включает назначение мебеверина, действие которого состоит в снижении проницаемости мембран гладкомышечных клеток для ионов натрия и вторично – для ионов кальция. Из-за блокирования наполнения депо внеклеточным кальцием отток калия из клетки является кратковременным и не приводит к развитию нежелательной гипотонии гладких мышц, нормализуется моторика кишечника. Действие препарата Спарекс® проявляется уже через 15 минут после приема. Режим назначения мебеверина: «по требованию» (при боли) – 200 мг внутрь, курсовое лечение по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды в течение 4–6 недель.

Спарекс® – миотропный спазмолитик, который действует непосредственно на гладкую мускулатуру и устраняет спазм, не влияя на перистальтику кишечника, при этом он не обладает антихолинергическими побочными эффектами, характерными для атропиноподобных веществ

Отмечен ряд особенностей отечественного препарата Спарекс® (рис. 8). Спарекс® полностью биоэквивалентен оригинальному препарату, механизм его действия хорошо изучен. Это миотропный спазмолитик, который действует непосредственно на гладкую мускулатуру и устраняет спазм, не влияя на перистальтику кишечника, при этом он не обладает антихолинергическими побочными эффектами, характерными для атропиноподобных

Рисунок 8. Биозквивалентность Спарекса® оригинальному препарату


веществ. Мебеверин рекомендован именно для длительного курсового лечения. Препарат доказал свою эффективность и безопасность в двойных слепых контролируемых рандомизированных исследованиях. Российский препарат Спарекс® выпускается в виде капсул пролонгированного действия (рис. 9): гелевый слой на поверхности полимерной матрицы регулирует высвобождение Мебеверина с заданной скоростью, что обеспечивает поддержание необходимой концентрации в разных отделах пищеварительного тракта на протяжении 12 часов. Таким образом, это позволяет уменьшить частоту приема, снизить вероятность развития побочных эффектов, что повышает комплаенс пациентов.

Рисунок 9. Механизм действия и фармакокинетика препарата Спарекс®

- Капсулы пролонгированного действия содержат полимерную матрицу, в которой равномерно распределено лекарственное вещество
- После приема капсулы на поверхности матрицы – гелевый слой, который регулирует высвобождение **мебеверина** с заданной скоростью, что обеспечивает необходимую концентрацию активного вещества в разных отделах ЖКТ в течение не менее 12 ч
- Уменьшается частота приема, вероятность побочных эффектов

Также широко применяются препараты урсодезокси-холевой кислоты (УДХК), способствующие снижению литогенности желчи и проявляющие противовоспалительное действие в эпителии и мышечном слое желчных путей (снижая активность циклооксигеназы-2 и перекис-

ного окисления), что способствует нормализации нарушенной моторики и секреции. Есть предположения, что УДХК восстанавливает чувствительность рецепторов желчных путей к холецистокинину.

УДХК (Эксхол® 500 мг №50) назначается в виде курсового лечения: в дозе 10 мг/кг в 2 приема после еды на протяжении от 2 недель до 2 месяцев. Курс по решению врача можно повторить.

По современным данным, препараты УДХК нецелесообразно назначать при идиопатическом рецидивирующем панкреатите, который в трети случаев ассоциирован с дискинезией СО, т.к. под влиянием препарата возможно повышение панкреатической секреции, что в условиях нарушенного оттока может спровоцировать обострение панкреатита.

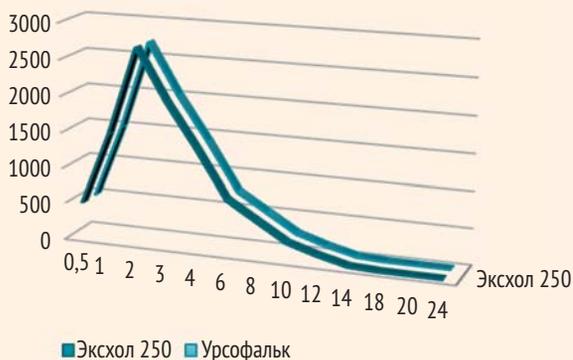
Препарат Эксхол®, в свою очередь, помогает наладить ток и улучшить состав желчи, делая ее более подвижной и менее вязкой. Препарат регулирует энтерогепатическую циркуляцию желчи, при этом купируя спазм. Кроме того, Эксхол® имеет очень удобную дозировку и выпускается в форме делимой таблетки, специально разработан для гибкого дозирования препарата, что повышает приверженность пациентов терапии. Эксхол® 500 мг принимают однократно перед сном. Препарат прошел исследование на биозквивалентность референтному препарату (рис. 10). Эксхол® может использоваться не только для лечения дискинезии желчевыводящих путей, но и при всех состояниях, при которых назначают другие препараты УДХК (рис. 11). Именно посредством улучшения биохимического состава и качества желчи Эксхол® устраняет спазм сфинктера Одди и снимает боль, ассоциированную с этой патологией, уменьшая внутрипротоковую гипертензию. Таким образом, в качестве основной схемы лечения было рекомендовано сочетание препаратов Спарекс® и Эксхол® в комплексе с регулярным питанием (рис. 12)

Профессор Е.К. Баранская подчеркнула, что, в соответствии с современными клиническими рекомендациями, лечение дискинезий желчного пузыря и желчных

Рисунок 10. Соответствие Эксхол® референтным препаратам, содержащим УДХК

Эксхол® биоэквивалентен с референтными препаратами, содержащими УДХК¹

Усредненная динамика концентрации урсодезоксихолевой кислоты после приема сравниваемых препаратов (в линейных координатах)¹



Производитель Эксхол®

- Российская фармацевтическая компания с собственной высокотехнологичной производственной базой
- Производство по стандартам GMP

¹ Клиническая база исследования: Санкт-Петербургское ГУЗ «Городская Мариинская больница», г. Санкт-Петербург

путей должно носить комплексный характер и включать диету, избавление от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), негативно влияющих на регуляцию перистальтики и состояние соседних органов. Желательно исключить прием препаратов, меняющих перистальтическую активность и желчеотделение (в частности, эстрогенов), нормализовать режим труда и отдыха, провести санаторно-курортное лечение.

Консервативное лечение проводится амбулаторно, однако при частых и выраженных приступах неясной этиологии целесообразна госпитализация для верификации диагноза и тяжелых сопутствующих заболеваний. В случае неэффективности медикаментозной терапии дисфункции СО следует рассмотреть вопрос об эндоскопическом вмешательстве – папиллосфинктеротомии.

В период обострения целесообразно придерживаться основных принципов диетического питания, исключая механическое, термическое и химическое раздражение слизистых оболочек верхних отделов ЖКТ. Характер питания может быть приближен к диете №5 по М.И. Певзнеру, желательно принимать пищу каждые 3 часа, ограничить содержание животных жиров, жареного, экстрактивных веществ, пряностей и т. д. В течение 1,5–2 ч после приема пищи следует избегать наклонов и горизонтального положения. Полезны кисломолочные нежирные продукты, каши на воде или молоке низкой жирности, бананы, печеные яблоки, картофельное пюре, овощные супы, отварное мясо, прием минеральной воды в дегазированном и подогретом виде. Вне периода обострения диета расширяется, и при хорошей переносимости питание строится на обычных рациональных принципах. Важно принимать пищу не спеша, в спокойной обстановке.

Учитывая возможное влияние психоэмоционального состояния на регуляцию моторики и висцеральной чувствительности, следует обратить внимание на нормализацию сна, режима дня, обеспечение достаточного отдыха.

Профессор добавила, что, согласно принятым Рекомендациям, для купирования приступов боли при обоснованном диагнозе дискинезии допустимо применять нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). В случае частых рецидивов боли с невропатическим компонентом возможно назначение трициклических антидепрессантов. Также предполагается, что проявления дискинезии желчных путей уменьшает коррекция психоэмоционального состояния. Целесообразно проводить тестирование пациентов по шкале тревоги, депрессии и соматизации, прибегая при выявлении отклонений к психологическому консультированию.

Рисунок 11. Эксхол® 500 мг, показания к назначению

- первичный билиарный холангит и другие холестатические поражения печени при отсутствии декомпенсации
- хронические гепатиты различного генеза
- неалкогольный стеатогепатит
- алкогольная болезнь печени
- ПСХ
- медикаментозная литотрипсия
- дискинезии желчевыводящих путей
- муковисцидоз
- билиарный рефлюкс-гастрит

Перейдя к более детальному рассмотрению патологии сфинктера Одди, профессор Е.К. Баранская отметила, что большинство пациентов с этим заболеванием перенесли холецистэктомию, в то время как другие самостоятельные болезни сфинктера Одди встречаются крайне редко (опухоли и прочее). Профессор пояснила, что у здорового человека в ответ на выброс холецистокинина происходит активный выброс желчи в двенадцатиперстную кишку, при этом поток желчи ламинарный, без завихрений. После холецистэктомии при прохождении агрессивной желчи по протокам пассивным непрерывным пассажем слизистая теряет гладкость, вследствие чего развивается эндотелиальная дисфункция желчных протоков, что чаще всего лежит в основе дисфункции сфинктера Одди.

Безусловно, при наличии камней в желчном пузыре операция является безальтернативным высокоэффективным вмешательством, сберегающим жизнь. Выздоровление пациентов отмечается в 70% случаев. Рецидив боли наблюдается у каждого третьего, в 30% случаев возникает дисфункция сфинктера Одди, через 10–15 лет в 30% случаев развивается рецидив тяжелой билиарной боли. Она может быть связана не только с билиарной патологией, но и с ГЭР, панкреатитом, СРК, пептическими язвами, возникшими на фоне инфекции *Helicobacter pylori*. В России дисфункцию сфинктера Одди принято называть постхолецистэктомическим синдромом, в то время как в англоязычной гастроэнтерологической литературе к данному синдрому относят только состояния, связанные непосредственно с операцией (гемобилия, стриктура, оставленные в протоках камни, шовный материал и прочее). С холецистэктомией ассоциированы также билиарный химический рефлюкс, гастрит, ГЭР, билиарная диарея.

Холецистэктомия очень популярна в США и Великобритании, т. к. быстро дает положительные результаты, хотя в отдаленном будущем провоцирует дисфункцию сфинктера Одди. В связи с этим в России при функцио-

Рисунок 12. Спарекс® (Мебеверин) и Эксхол® (УДХК) в комплексной терапии функциональных нарушений билиарного тракта

Схема лечения

- Питание – регулярный прием пищи каждые 3–4 ч – порции ~ 300 мл, белки, умеренное содержание жиров
- Эксхол® 500 10–15 мг/кг/сут, вся доза однократно перед сном. Курс: 3–6 месяцев
- Спарекс® 200 мг 2 раза в сутки. Курс: 4–6 недель

нальной патологии билиарного тракта назначается консервативное лечение.

В заключение профессор Е.К. Баранская отметила, что в отношении функциональных расстройств билиарного тракта Римские критерии VI пересмотра приобрели большую клиническую направленность и четко обозначили диагноз исключения – желчнокаменную болезнь. Кроме того, они предписывают оценивать функции билиарного тракта, принимая во внимание количественные показатели клинических наблюдений, лабораторных исследований, структурных изменений, функциональных проб (т. е. фиксировать длительность заболевания, продолжительность приступа, исход билиарных колик; определять активность ферментов печени и поджелудочной железы; измерять диаметр общего желчного протока, с помощью МРХПГ и эндоУЗИ устанавливать объем фракции выброса желчного пузыря и время его опорожнения). В свою очередь, исключение единичной билиарной боли из дисфункции сфинктера Одди позволяет избежать ненужных инструментальных исследований и сфинктерэктомий.

Подготовила Ксения Кириллова



Спарекс®
Мебеверин

Матричное высвобождение
активного вещества

30 капсул
Спарекс®
Спазмолитическое средство
200 мг

БЫСТРО И НАДОЛГО СНИМАЕТ СПАЗМЫ И БОЛЬ В ЖИВОТЕ

-  Российский препарат с уникальной технологией матричного высвобождения лекарственного вещества¹
-  Действует через 15 минут и в течение 12 часов^{1,2}
-  Разрешен детям с 12 лет¹
-  Европейская субстанция от ведущих производителей (Moehs Cantabra S. L., Spain)³
-  Доступная цена⁴

 **КАНОНФАРМА**
продакшн
www.canonpharma.ru

ПРИМЕНЯЕТСЯ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА.
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ