

Место современных спазмолитиков в лечении гепатобилиарной патологии

«Современная гастроэнтерология и гепатология: стандарты диагностики и лечения с позиций доказательности» – этой теме была посвящена очередная научно-практическая конференция, проходившая 12-13 мая в г. Полтаве.

Основные подходы к диагностике и лечению пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы были освещены в докладе «Постхолецистэктомический синдром или дисфункция сфинктера Одди? Тактика ведения больных» профессора кафедры внутренней и семейной медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктора медицинских наук Ирины Гордеевны Палий.



– В настоящее время сложилась ситуация, при которой число оперативных вмешательств, производимых на желчных путях, неуклонно увеличивается. К сожалению, у 25-40% больных, перенесших холецистэктомию, сохраняются или через некоторое время возобновляются абдоминальная боль и диспепсические расстройства, которые требуют коррекции. В этих случаях основные причины жалоб пациентов обусловлены функциональными (58%) или органическими (40-42%) нарушениями; поражениями желчных путей; изменениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также нарушениями, не связанными с ЖКТ. При этом органические нарушения являются следствием оперативных вмешательств в 1,5% случаев; лишь 0,5% больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) требуют повторного хирургического лечения. Исходя из этого можно сделать вывод, что диагноз «постхолецистэктомический синдром» не соответствует современным представлениям о данной патологии.

Согласно международной классификации (Римские критерии III, 2006) функциональные расстройства билиарного тракта подразделяют на два типа: дисфункцию желчного пузыря и дисфункцию сфинктера Одди. В свою очередь, термином ПХЭС принято обозначать дисфункцию сфинктера Одди, обусловленную нарушением его сократительной функции, препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку (ДПК) при отсутствии для этого органических причин.

Основные патологические состояния, которые наблюдаются у больных после проведения холецистэктомии, можно объединить в три группы:

- функциональные расстройства сфинктера Одди в результате утраты функционирующего желчного пузыря;
- билиарная гипертензия с наличием органических препятствий току желчи (стеноз большого дуоденального сосочка – у 11-15% больных; рецидивирующей холедохолитиаз – в 5-10%; стриктуры желчных протоков и желчевыводящих анастомозов – в 5-10%; избыточная культи пузыря протока – у 0,1-2% больных);
- сопутствующие заболевания, которые существовали до оперативного вмешательства или развились после него (хронический панкреатит, дискинезия ДПК; язвенная болезнь; дуодениты; функциональные нарушения кишечника, в частности синдром раздраженного кишечника).

Клинические проявления дисфункции сфинктера Одди зависят от того, какие части желчных протоков вовлечены в патологический процесс. При изолированной дисфункции сфинктера холедоха возникает билиарная боль (локализуется в эпигастральной области или правом подреберье с иррадиацией в спину и правую лопатку); при преимущественном поражении сфинктера панкреатического протока – панкреатические боли (в левом подреберье с иррадиацией в спину); при патологии общего сфинктера – сочетанные билиарно-панкреатические боли (опоясывающая боль).

Для проведения дифференциальной диагностики между функциональной и органической патологией билиарной системы оценки только клинических симптомов недостаточно. С целью исключения органических поражений желчевыводящих путей используется ряд скрининговых и уточняющих методов обследования пациентов. К скрининговым методикам относится проведение функциональных проб печени (определение уровня билирубина, щелочной фосфатазы, аминотрансфераз), панкреатических ферментов в крови и моче, УЗИ органов брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопия. Следует учитывать, что лабораторные исследования должны быть осуществлены во время или не позднее 6 ч по окончании болевого приступа, а также в динамике. При этом транзиторное повышение в ≥ 2 раза уровня печеночных или панкреатических ферментов во время двух и более последовательных приступов боли подтверждает дисфункцию сфинктера Одди.

Уточняющие методы обследования включают УЗИ с оценкой функционального состояния желчного пузыря и сфинктера Одди, эндоскопическую ультрасонографию,

эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию с интрахоледохоальной манометрией, динамическую холесцинтиграфию, а также медикаментозные тесты с холецистокинином и морфином.

Основные признаки дисфункции сфинктера Одди: диаметр холедоха ≥ 12 мм, задержка опорожнения контраста из холедоха > 45 мин. Дополнительные: расширение панкреатического протока (> 5 мм) и задержка опорожнения контраста из него > 10 мин.

Приоритетные задачи, которые должен ставить перед собой специалист при лечении таких больных, заключаются в уменьшении болевого синдрома, расслаблении сфинктера Одди, нормализации оттока билиарного и панкреатического секрета в ДПК, создании гипотонии ДПК и обеспечении стерильности желчи и дуоденального содержимого.

Диета, назначаемая при функциональных расстройствах билиарной системы, предусматривает частый прием небольших количеств пищи. Больным, перенесшим холецистэктомию, рекомендуется ограничить прием продуктов, содержащих холестерин и трансжиры, а также добавлять в рацион пищевые волокна в виде продуктов растительного происхождения или отрубей (овощи и фрукты лучше использовать термически обработанными – отварные, запеченные).

Восстановления проходимости сфинктера Одди в большинстве случаев удается достигнуть при помощи консервативного лечения (путем устранения спазма гладкой мускулатуры), однако при необходимости выполняется оперативное вмешательство (сфинктеротомия). Основной группой медикаментозных средств, назначаемых для купирования этого состояния, являются препараты спазмолитического действия. Если боль обусловлена органическими нарушениями, то спазмолитики в качестве симптоматических средств используются в комплексе с мероприятиями патогенетической направленности. Когда причиной боли служат функциональные нарушения, эти препараты назначают как средства патогенетической терапии.

Основные группы спазмолитиков, применяемых при абдоминальной боли:

- препараты, влияющие на этапе проведения нервного импульса / гуморального сигнала (нейротропные спазмолитики), – холинолитические средства: атропин и его препараты; синтетические холинолитики;
- лекарственные средства, воздействующие непосредственно на гладкомышечные клетки (миотропные спазмолитики), – блокаторы натриевых, кальциевых каналов; донаторы оксида азота (нитраты); производные изохинолина (папаверин, дротаверин);
- другие препараты спазмолитического действия.

Холиноблокаторы – одна из базисных групп лекарственных средств, используемых в современной медицине. За последние десятилетия фармакодинамика и фармакокинетика препаратов этой группы претерпели значительные изменения. Высокая селективность – главное требование современной фармакологии к лекарственным средствам этой группы. Она достигается благодаря непосредственному действию препарата избирательно на нервно-мышечный синапс периферической нервной системы. Не менее важным требованием является сведение к минимуму побочных эффектов и непосредственно связанных с ними противопоказаний к назначению лекарственного средства. В соответствии с этими условиями разработаны и широко внедряются в современную клиническую практику препараты группы селективных М-холиноблокаторов.

Среди современных М-холиноблокаторов, селективных для ЖКТ, можно выделить прифиния бромид (Риабал, «Мегаком»), применение которого обеспечивает эффективное купирование спастического болевого синдрома. Риабал оказывает спазмолитический эффект, действуя вне миоцитов, – в этом заключается принципиальное отличие прифиния бромида от миотропных спазмолитиков (папаверина, дротаверина, мебеверина), воздействующих на различные этапы гладкомышечного сокращения внутри клетки, на что требуется определенное время и затраты энергии.

На фармацевтическом рынке Риабал доступен в трех формах выпуска (таблетки, сироп и раствор для инъекций) и может применяться во всех возрастных группах.

Показания к назначению прифиния бромида представлены главным образом болевым синдромом, связанным со спазмами и гиперперистальтикой ЖКТ (гастрит, язва желудка и ДПК, энтерит, колит, постгастрэктомический синдром), спазмами и дискинезией желчевыводящих протоков, холециститом, камнями желчного пузыря, болью при панкреатите и спазмах мочевого тракта, тенезмах мочевого пузыря, цистите, пиелите. Кроме того, препарат назначается перед эндоскопией желудка и желудочно-кишечной рентгенографией.

В Украине Риабал получил широкое распространение в последние 5 лет. За это время были проведены различные клинические исследования, направленные на изучение его эффективности и безопасности.

В исследовании Ю.М. Степанова и С.В. Косинской было отмечено, что по данным дуоденального зондирования у больных со спазмом сфинктера Одди на фоне применения Риабала уменьшалась длительность фазы закрытого сфинктера Одди, нормализовался процесс желчевыделения, что свидетельствует о выраженном спазмолитическом эффекте препарата.

В исследовании, проведенном в ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков) под руководством профессора О.Я. Бабака, была изучена эффективность Риабала в терапии функциональных заболеваний желчевыводящих путей. В исследовании приняли участие 64 пациента с диагнозом дискинезии желчевыводящих протоков по гипертонически-гиперкинетическому типу. На фоне терапии на 3-и сутки от начала лечения у 49 больных (76%) значительно уменьшились частота и интенсивность схваткообразных болей в правом подреберье, что может расцениваться как показатель высокой клинической эффективности проводимой терапии, базирующейся на применении прифиния бромида.

В другом отечественном исследовании, которое проводилось под руководством профессора Ю.М. Степанова (Днепропетровская государственная медицинская академия), было установлено, что у больных с хроническим рецидивирующим панкреатитом применение селективного нейротропного спазмолитика Риабал более эффективно и более быстро купирует болевой абдоминальный синдром по сравнению с неселективным миотропным спазмолитиком дротаверина гидрохлоридом.

Подводя итог, хотелось бы отметить, что в случаях болевого синдрома, обусловленного спастическими процессами различной этиологии (функциональными и органическими поражениями ЖКТ, почек, мочевого пузыря), целесообразным является использование в схеме терапии спазмолитических препаратов. Учитывая особенности механизма действия, возможность применения в различных возрастных группах, а также высокую клиническую эффективность и благоприятный профиль безопасности, препаратом выбора среди современных спазмолитиков может служить селективный М-холиноблокатор Риабал (прифиния бромид).

Подготовил **Антон Пройдак**

РИАБАЛ

Ощущение
внутреннего комфорта

РИАБАЛ – селективный спазмолитик с антисекреторным эффектом, действующий на гладкую мускулатуру органов брюшной полости и малого таза.

Фармацевтическая компания

Мегаком дает возможность украинскому врачу реализовать свою основную функцию – исцелить с украинскому пациенту с любым достатком дает право на выздоровление.