

Симпозиум

Многоликий абдоминальный болевой синдром

27 сентября в рамках 29-й Объединенной российской гастроэнтерологической недели состоялся симпозиум, во время которого эксперты-гастроэнтерологи обсудили причины, последствия и пути коррекции наиболее часто встречаемых в практике заболеваний, сопровождающихся абдоминальным болевым синдромом. -

Дискинезия желчевыводящих путей



Юлия Олеговна Шульпекова – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. Сеченова

Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, канд. мед. наук Юлия Олеговна Шульпекова отметила, что дискинезия желчевыводящих путей – это одна из распространенных причин возникновения болей в животе, которая на первый взгляд, казалось бы, легко диагностируется, но, с другой стороны, часто этот диагноз может вызывать сомнения. Данная патология относится к классу функциональных расстройств.

К функциональным билиарным расстройствам (или «дисфункциям») относятся состояния, при которых отмечаются приступы билиарной боли в отсутствие органических изменений желчных путей.

Билиарная боль, согласно Римским критериям IV (2016 г.), представляет собой приступы боли в эпигастральной области/правом подреберье, продолжительностью более 30 мин, по типу «плато», боль рецидивирует с разными интервалами, требует обращения за неотложной помощью, не связана с моторикой кишечника и не зависит от положения тела, приема антацидов/антисекреторных средств. Дополнительные критерии: боль сопровождается тошнотой, рвотой, иррадирует в спину, правую подлопаточную область, заставляет пробуждаться во время сна.

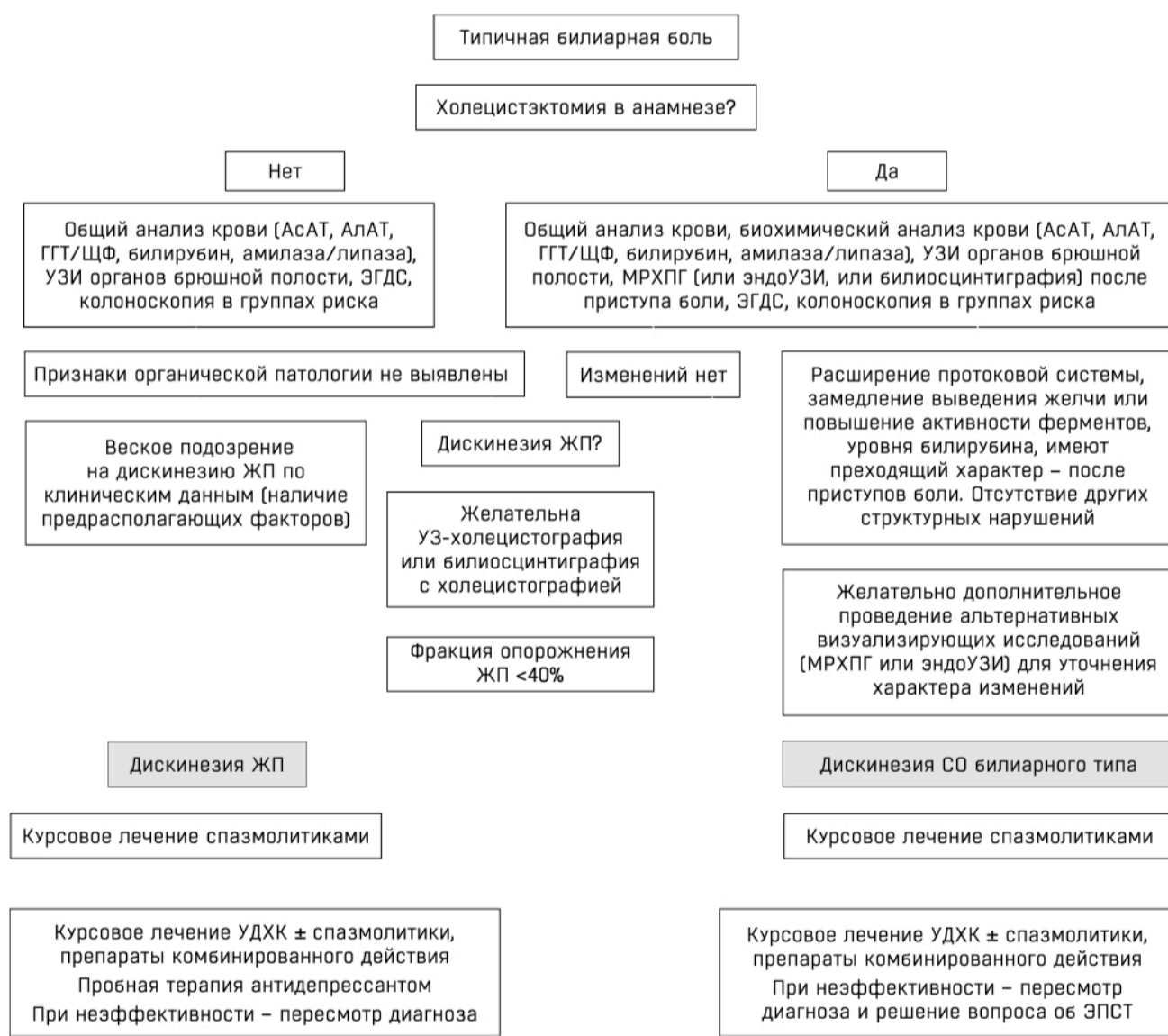
Функциональные билиарные расстройства разделяют на расстройства желчного пузыря (ЖП) и расстройства сфинктера Одди, которое диагностируется у пациентов, перенесших холецистэктомию (ХЭ).

Римские критерии IV для установления диагноза дисфункции сфинктера Одди билиарного типа подразумевают наличие типичных приступов билиарной боли, увеличение уровня печеночных ферментов или расширение холедоха, отсутствие других структурных изменений. При этом (дополняющие критерии) уровни амилазы/липазы должны быть в норме, а по данным манометрии сфинктера Одди должны отсутствовать отклонения. Римские критерии IV дисфункции ЖП включают типичные приступы билиарной боли в отсутствие органических изменений желчных путей. Дополняющим критерием является снижение фракции стимулированного опорожнения ЖП <40%. Как и для всех функциональных расстройств условием для постановки диагноза является то, что первое появление симптомов произошло не менее чем за 6 мес до постановки диагноза, что позволяет исключить заболевания органического генеза.

Фактором, запускающим развитие дискинезии желчевыводящих путей, является повышение литогенности желчи. Прохождение кристаллов желчи может повреждать желчевыводящие пути с развитием в них хронического субклинического воспаления и гиперчувствительности. В этих условиях нарушается реакция миоцитов на холецистокинин и возникает преходящая функциональная обструкция в области шейки ЖП, вследствие чего объем сокращения ЖП оказывается недостаточным. У пациентов, перенесших ХЭ, нарушению моторно-тонической функции способствуют также повреждение невральных путей регуляции и увеличение объемной нагрузки на сфинктер Одди.

Ю.А. Шульпекова привела алгоритм диагностики и лечения функциональных билиарных расстройств, разработанный Российской гастроэнтерологической ассоциацией (см. рисунок). После установления диагноза и в случае дискинезии ЖП, и в случае дискинезии сфинктера Одди билиарного типа необходимо восстановление состава желчи. Среди способов снижения литогенности желчи можно выделить снижение потребления легкоусвояемых углеводов, физическая активность (ходьба), употребление омега-3-полиненасыщенных жирных кислот, чему способствует соблюдение средиземноморской диеты, в ряде случаев могут применяться урсодезоксихолевая кислота (УДХК), статины, эзетимиб (строго по показаниям).

Алгоритм диагностики и лечения функциональных билиарных расстройств



Важно восстановление и оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. С этой целью назначается курсовое лечение спазмолитиками. Они способствуют купированию боли, причем их можно комбинировать с УДХК и при необходимости с антидепрессантами.

Одним из таких препаратов является тримебутин (Тримедат®). Он показан для лечения дискинезии ЖП и сфинктера Одди, постхолецистэктомиического синдрома, а также включен в российские и международные клинические рекомендации (РГА и Римские критерии IV).

Кроме того, тримебутин (Тримедат®) является единственным препаратом, который одновременно нормализует моторно-тоническую функцию и желчевыводящих путей, и верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Принимать тримебутин (Тримедат®) взрослым рекомендовано по 200 мг 3 раза в день независимо от приема пищи в течение 30 дней. Также на рынке представлена удобная форма Тримедат® форте 300 мг, которая позволяет сократить кратность приема до двух раз в сутки. Упаковки Тримедат® форте 300 мг №60 хватает ровно на 1 курс приема. Для дальнейшей профилактики рецидивов рекомендован прием по 100 мг 3 раза в день до 3 мес.

Следует отметить, что за свое многолетнее использование Тримедат® доказал свою эффективность в терапии заболеваний различных отделов ЖКТ. Это функциональные заболевания желудка, пищевода, кишечника, желчевыводящих путей, включая сфинктер Одди. Все ключевые исследования молекулы тримебутина в РФ проведены на препарате Тримедат® с участием 5500 пациентов, что делает препарат Тримедат® наиболее изученным и исследованным.

Ю.А. Шульпекова привела результаты одного из исследований препарата Тримедат® – наблюдательная программа TRIBUNE (TRImedat® for Biliary FUnctional diseases patients), проведенная под научным руководством академика РАН В.Т. Ивашкина. Участниками исследования были 100 пациентов (средний возраст 42,2±13,2 года; 18–65 лет), подавляющее большинство из которых имели функциональное расстройство ЖП (83%), остальные 16% страдали дисфункцией сфинктера Одди. В данном исследовании пациентам назначали терапию препаратом Тримедат® в течение 28 дней. Общее время наблюдения составило до 56 дней. Было показано, что к 28-му дню применения препарата значительно уменьшилась выраженность боли и дискомфорта в подложечной области. Кроме того, наблюдалось снижение выраженности желудочно-кишечных синдромов, которые сопутствовали дисфункции желчных путей (диарейный, диспепсический, констипационный и рефлюксный синдромы). В результате отмечено и изменение фракции опорожнения ЖП на фоне лечения. Так, фракция опорожнения >50% в начале исследования отмечалась у 36% пациентов, а к 28-му дню терапии – уже у 85% пациентов, что отражает улучшение «функциональной обструкции» и сопровождения желчеоттоку в зоне сфинктеров.

Завершая свой доклад, Ю.А. Шульпекова отметила, что дискинезия желчевыводящих путей – это очень актуальная проблема.