

Е.А. Белоусова, Москва, МОНИКИ

Билиарная дисфункция после холецистэктомии

В настоящее время широкое распространение малоинвазивной хирургической технологии значительно увеличило частоту холецистэктомий и снизило риск послеоперационных осложнений. Однако, после холецистэктомии часто формируется симптомокомплекс, определяемый как «постхолецистэктомический синдром», основными клиническими признаками которого являются боль в животе и диспептические расстройства. Эти жалобы вызваны функциональными нарушениями сфинктера Одди (СО). Классификация билиарных дисфункций, в том числе СО, разработана в рамках международного консенсуса по функциональным гастроинтестинальным расстройствам (Рим II). Дисфункции СО включают первичные и вторичные (после холецистэктомии) нарушения.

По совокупности клинико-лабораторных и инструментальных проявлений выделяют три клинических варианта дисфункций СО:

- ◆ Билиарный I, II, III типа;
- ◆ Панкреатический;
- ◆ Смешанный.

Тип дисфункции СО определяется сложной анатомической структурой сфинктерного аппарата, состоящего из сфинктера общего желчного протока, сфинктера панкреатического протока и сфинктера их общей ампулы, которая открывается в двенадцатиперстную кишку большим дуоденальным сосочком. При спазме преимущественно сфинктера холедоха развивается дисфункция СО по билиарному типу, при спазме панкреатического сфинктера-панкреатический тип, соответственно при спазме сфинктера в целом или только ампулярной его части возникает смешанный тип дисфункции СО.

Клиническая картина дисфункции СО также зависит от ее типа. При билиарной дисфункции I типа отмечается характерная боль в правом подреберье, часто с типичной иррадиацией в область правой половины верхнего плечевого пояса, повышение уровня печеночных ферментов (аминотрансфераз и щелочной фосфатазы), замедление дренажной функции и расширение общего желчного протока до 12 мм и более. Это наиболее тяжелый тип билиарной дисфункции, т.к. расширение протока свидетельствует о стойком спазме сфинктера. II тип характеризуется сочетанием боли с одним или двумя из указанных признаков. При III билиарном типе отмечается только типичный болевой синдром. Панкреатический тип проявляется признаками острого или подострого панкреатита, смешанный тип имеет сочетанную клиническую симптоматику.

В подавляющем большинстве случаев функциональный спазм СО развивается после холецистэктомии, особенно в ранние сроки после операции. От 20 до 40% больных, перенесших холецистэктомию, предъявляют жалобы на боли в правом подреберье и диспептические расстройства. Именно спазм СО вызывает клиническую картину постхолецистэктомического синдрома. По сути дела, постхолецистэктомический синдром является не нозологической формой, а собирательным понятием, включающим в себя симптомы билиарной и панкреатической патологии вследствие нарушения пассажа желчи и панкреатического секрета и развития протоковой гипертензии, боли и нарушений пищеварения (билиарный, панкреатический или смешанный тип дисфункции СО).

Боль в правом подреберье — основной клинический синдром любой билиарной дисфункции. Механизм ее развития

при дисфункции СО обусловлен спастическим сокращением гладких мышц сфинктера и вторичным повышением давления в протоках.

Дисфункция СО после холецистэктомии требует обязательного и эффективного устранения спазма, что приведет к восстановлению пассажа желчи, снижению протокового давления и уменьшению боли. Купирование спазма сфинктерного аппарата реализуется на периферическом уровне при воздействии непосредственно на конечный этап мышечного сокращения. Для этого применяются хорошо известные группы препаратов — холинолитики (M_1 , M_2 и M_3 — холиноблокаторы) и миотропные спазмолитики прямого действия. Хотя использование холинолитиков патогенетически оправдано и они достаточно эффективны, в том числе и при спазме СО, но их курсовое длительное применение лимитировано большим числом хорошо известных побочных эффектов. Холинолитики обычно применяются только для купирования острого болевого приступа, вызванного спазмом.

Существуют миотропные спазмолитики трех групп с разными механизмами действия: неселективные спазмолитики — папаверин и дротаверин являются блокаторами фосфодиэстеразы цАМФ и цГМФ, пинаверия бромид — блокатор кальциевых каналов, селективно воздействующий на гладкие мышцы ЖКТ и мебеверин — селективный блокатор натриевых каналов гладких мышц ЖКТ. Конечный этап действия любого из этих спазмолитиков — это уменьшение концентрации ионов кальция в миоците и гадркомышечная релаксация. Какой из препаратов следует предпочесть при дисфункции СО? При относительно сравнимой эффективности, препараты с селективным действием на гладкие мышцы пищеварительной системы (мебеверин, пинаверия бромид) безусловно предпочтительнее. Они лишены побочных эффектов холинолитиков и системного вазодилатирующего действия, свойственного дротаверину и папаверину. Из двух этих селективных спазмолитиков именно при спазме СО препаратом выбора следует считать мебеверин (Дюспаталин). По сравнению с селективным блокатором кальциевых каналов у мебеверина есть значительные преимущества, т.к. он, в отличие от других препаратов, обладает высоким сродством к мышечному аппарату этого сфинктера. Кроме того, препарат оказывает не только антиспастическое, но и нормализующее действие на моторику не подавляя полностью мышечные сокращения после гипермоторики, т.е. не вызывает рефлекторной гипотонии. Этот механизм обусловлен тем, что мебеверин препятствует восполнению депо кальция на мембране миоцита после стимуляции α_1 -адреноцепторов. Отсутствие рефлекторной гипотонии является существенным преимуществом препарата и позволяет применять его у больных при смешанных нарушениях моторики, как при гипертенусе СО и одновременной гипотонии желчных протоков. При этом дополнительного снижения тонуса стенки желчных протоков не происходит. Дюспаталин обладает пролонгированным действием, что тоже является его преимуществом по сравнению с другими спазмолитиками, и принимается не чаще двух раз в сутки в виде капсул по 200 мг. Пролонгированное действие обеспечивается микрогранулированной формой выпуска, благодаря которой препарат равномерно распределяется и всасывается в кишечнике в течение 16 часов.

Дюспаталин следует назначать сразу после холецистэктомии для профилактики дисфункции СО. При наличии конкрементов или сладжа Дюспаталин показан как симптоматическое лечение, в том числе, при подготовке к операции.