

Желчная колика как проявление желчно-каменной болезни:

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ

Частым проявлением желчно-каменной болезни (ЖКБ) является желчная колика, осложнения которой могут привести к срочному хирургическому вмешательству. Диагностика желчной колики часто бывает затруднена вследствие сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Своевременная рациональная фармакотерапия способствует снижению количества осложнений. Постхолецистэктомический синдром может развиваться у 5—6% пациентов, перенесших холецистэктомию.

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, желчная колика, спазмолитические препараты, постхолецистэктомический синдром

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) относится к группе широко распространенных заболеваний органов пищеварения. Чаще болеют женщины. Для ЖКБ характерны симптомы, обусловленные воспалением или обструкцией камнями желчного пузыря после их смещения в пузырный или в общий желчный проток. Основные причины прогрессирования ЖКБ: закупорка пузырного протока и частичная закупорка общего желчного протока, а также возникновение холангита и холецистита. Наиболее типичным специфическим симптомом ЖКБ является так называемая желчная колика, проявляющаяся сильными болями в эпигастральной области и/или в правом подреберье, иногда с иррадиацией в спину. К неспецифическим симптомам относятся тошнота, непереносимость жирной пищи, чувство тяжести в правом подреберье, изжога, зуд, рвота, запоры, головные боли. При физикальном обследовании больных в период обострения ЖКБ при пальпации живота в правом подреберье можно выявить усиление боли и симптом мышечной защиты, а также гиперчувствительность под правой лопаткой (симптом Босса) и усиление боли при пальпации области желчного пузыря на высоте вдоха (симптом Мэрфи).

Термин «колика» подразумевает появление у больных резких сжимающих схваткообразных болей, локализующихся в брюшной полости. Обструкция общего желчного или пузырного протока приводит к повышению давления внутри протока и их растяжению, которые не исчезают при повторных сокращениях протоков. Это приводит к появлению выраженной боли или ощущению давления в эпигастральной области и в правом верхнем квадранте живота, часто с иррадиацией в правую лопатку. Еще один важный фактор — кишечник, отвечающий за рециркуляцию желчных кислот и скорость их прохождения через печень. У больных ЖКБ вре-

мя транзита по кишечнику (особенно по двенадцатиперстной кишке) увеличено. Желчная колика при ЖКБ обычно проявляется периодической постоянной интенсивной болью, локализующейся в правом подреберье. У некоторых больных она иррадирует в правое предплечье и/или лопатку, иногда в различные области груди и живота. Больных также беспокоит чувство распирания, непереносимость жирной пищи. Желчная колика иногда продолжается от 15 минут до 5 часов. Боль, возникающая в правом подреберье или в эпигастральной области, нередко иррадирует в спину. В 50—60% случаев желчная колика проходит самостоятельно. Однако приступы желчных колик могут рецидивировать спустя недели, месяцы и даже годы. Показателем возможного развития осложнений является длительность колики более 5 часов. У 10—20% больных с ЖКБ возникают следующие осложнения: некалькулезный или эмфизематозный холецистит, перфорация желчного пузыря, кишечная непроходимость, вызванная камнем, развитие свищей, а также холангита или панкреатита.

■ В 10—12% случаях ЖКБ развиваются осложнения: острый холецистит, перфорация желчного пузыря, кишечная непроходимость, свищи, холангит, реактивный панкреатит, эмпиема или водянка желчного пузыря.

Признаки прогрессирования ЖКБ при появлении осложнений: закупорка пузырного протока, холецистит, холангит, частичная закупорка общего желчного протока посредством вклинивания камня в дуоденальный сосок, эмпиема или водянка желчного пузыря. В период прохождения камня в об-

щем желчном протоке при остром холецистите развитие холангита может сопровождаться появлением лихорадки. В 10—30% случаев частичная закупорка общего желчного протока сопровождается появлением желтухи. У 15% больных камни в желчном пузыре и в желчных протоках не проявляются какими-либо клиническими симптомами. Однако после приступа желчной колики у 35—40% больных повышается активность сывороточных трансаминаз, а у 20—25% больных — активность ферментов холестаза (прежде всего щелочной фосфатазы). В 49—45% случаев возможно повышение уровня билирубина, СОЭ и развитие лейкоцитоза.

К методам инструментальной диагностики ЖКБ относятся УЗИ, КТ, холецисто- и холангиография, гепатобилиарная

сцинтиграфия, эндоскопическая панкреатохолангиография, компьютерная холангиография, чрескожная чреспеченочная холангиография.

Дифференциальная диагностика. При проведении дифференциальной диагностики необходимо различать печеночную и почечную колики, обусловленные чаще всего камнями, аппендикулярную и кишечную колики (при свинцовом отравлении). Боль в правом подреберье возможна при:

- заболеваниях желчного пузыря — боль нередко ассоциируется с острым гепатитом (при растяжении капсулы печени воспаленной паренхимой этого органа);
- язвенной болезни — чаще возникает в эпигастральной области и снимается приемом антацидных препаратов;
- аппендиците;
- колите;
- терминальном илеите.

При заболеваниях желчных путей боль может возникнуть в правой подвздошной области, в левом подреберье и/или в груди, причем последние иногда ошибочно принимают за стенокардические. Увеличение интенсивности и частоты возникновения симптомов ЖКБ является показателем возможного появления серьезных осложнений, которые могут сопровождаться болевым синдромом или появляться без него. Повышение СОЭ, лейкоцитоза и температуры у больных также наблюдается не всегда.

При ЖКБ могут возникать сравнительно легко протекающие отечный и серозный панкреатит или деструктивный пан-

креатит, сопровождающийся формированием обширных участков и долек некроза. Возможная причина возникновения панкреатита — отхождение из желчного пузыря камня или желчного сладжа.

Локализация и характер болей при камнях желчных протоков не отличаются от таковых при камнях желчного пузыря. У 20—50% больных при камнях желчного пузыря наблюдаются желчные колики. У некоторых больных камни желчных протоков в течение многих лет могут не проявляться какими-либо симптомами. Первичные камни желчных протоков часто возникают после эндоскопических или хирургических вмешательств на желчных путях, причем срок их возникновения варьируется от нескольких недель до нескольких лет (у 30%

больных возникают через год). У 2/3 больных с камнями желчных протоков наблюдаются клинические проявления, у большинства возникает желтуха. Камни желчных протоков могут самопроизвольно смещаться в кишечник и выделяться с калом. При билиарном панкреатите камни в общем желчном

протоке выявляются у 4—6% больных, в кале — у 75—80% больных. Наличие камней в протоках может привести к развитию вторичного билиарного цирроза и кишечной непроходимости. Мелкие камни желчного пузыря могут выходить через пузырный проток. Конкременты диаметром до 2 см иногда проходят через фатеров сосок и достигают терминального отдела подвздошной кишки. Если камни останавливаются дистальнее

■ Спазмолитические препараты — основа для нормализации двигательной-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.



Дюспаталин®
Точность действия против спазма и боли

- Устраняет боль при спазмах желчных путей*
- Обладает высокой тропностью к сфинктеру Одди*
- Нормализует отток желчи*

* Ильченко А.А., РМЖ, Том 11, №4, 2003

119034, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
Тел.: (495) 411-69-11, факс: (495) 411-69-10
www.gastroinfo.ru
www.abbott-products.ru

Abbott
A Promise for Life

места впадения вирсунгова протока в двенадцатиперстную кишку, может развиваться билиарный панкреатит.

Лечение больных ЖКБ. Основные показания к лечению больных ЖКБ: частое возникновение интенсивных желчных коликов, угроза развития осложнений, появление осложнений или возможного риска развития рака желчного пузыря. Для купирования болевого синдрома необходимы этиологическое и патогенетическое лечение больных по поводу основного заболевания, а также нормализация моторных нарушений, снижение висцеральной чувствительности и коррекция механизмов восприятия боли.

Среди лекарственных средств, широко применяемых для нормализации двигательной-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, в последнее время все чаще применяют различные препараты, обладающие спазмолитическим действием, в частности антихолинергические средства — атропин, препараты белладонны (красавки), платифиллин, гиосцина бутилбромид (Бускопан) и др.; ингибиторы фосфодиэстеразы — дрогаверин, папаверин, бенциклан; нитраты — нитроглицерин, изосорбида динитрат; блокаторы кальциевых каналов — пинаверия бромид (Дицетел), нифедипин и др.

Среди миотропных спазмолитиков в последнее время нередко используют мебеверин (Дюспаталин) — лекарственный препарат, обладающий двойным механизмом действия. Мебеверин (Дюспаталин), блокируя натриевые каналы, препятствует поступлению Na^+ внутрь клетки, что опосредованно приводит к закрытию кальциевых каналов и ослаблению сокращений гладких мышц органов ЖКТ. После стимуляции α -1-адренорецепторов он также блокирует восполнение депо кальция на мембране миоцита, препятствуя развитию рефлекторной гипотонии. Таким образом, благодаря двойному механизму действия препарат нормализует двигательную функцию желудочно-кишечного тракта, устраняя спазм гладкой мускулатуры при многих заболеваниях.

При билиарной патологии болевой синдром может быть обусловлен и другими заболеваниями органов пищеварения, с которыми билиарный тракт находится в тесных анатомо-функциональных взаимоотношениях. В связи с этим препаратами выбора являются те лекарственные средства, которые способны оказывать двойной или тройной эффект, патогенетически действуя как на основное, так и сопутствующие заболевания. При лечении больных с билиарной патологией мебеверин (Дюспаталин) является эффективным лекарственным препаратом для купирования абдоминальных болей и диспепсических расстройств. Применение этого препарата для устранения хронического абдоминального синдрома обусловлено как билиарной патологией, так и ее сочетанием с синдромом раздраженного кишечника. При назначении больным с заболеваниями билиарного тракта, сопровождающимися хроническим билиарным синдромом, мебеверин (Дюспаталин) в суточной дозе 400 мг купирует болевой синдром в 85—90% случаев и устраняет моторные нарушения в 55—75% случаев. При билиарной дисфункции, сопровождающейся спазмом сфинктера Одди, под действием препарата нормализуется тонус сфинктера Одди, восстанавливается отток желчи, уменьшается билиарная гипертензия.

Селективность действия на гладкомышечные клетки желудочно-кишечного тракта, отсутствие системных холинергических эффектов, свойственных некоторым спазмолитикам и холинолитикам, а также серьезных побочных эффектов делают Дюспаталин препаратом выбора среди других миотропных спазмолитиков.

Основной спектр особенностей действия мебеверина (Дюспаталина): выраженное миотропное спазмолитическое действие, отсутствие рефлекторной гипотонии, селективное действие только на гладкомышечные клетки желудочно-кишечного тракта, тропность к сфинктеру Одди, отсутствие холинергических эффектов, вазодилатирующего и кардиотропного влияния, быстрое достижение эффекта при пероральном приеме препарата и, что особенно важно, пролонгированное действие препарата.

Существенное достоинство мебеверина (Дюспаталина) заключается в определенном прокинетическом, нормализующем сократительную активность действию, которое он оказывает на стенку желудка и двенадцатиперстной кишки, способствуя устранению дуоденогастрального рефлюкса и нормализуя перистальтическую активность у больных с дисмоторными нарушениями. Отличительная особенность действия Дюспаталина — ликвидация спазма гладкой мускулатуры при сохранении сократительной активности, что способствует нормализации двигательной-эвакуаторной функции желудка и позволяет объяснить механизм прокинетического действия этого препарата.

При появлении желчной колики больным рекомендуется постельный режим, покой. В качестве неотложной помощи для устранения желчных коликов и вздутия живота, связанных с приемом пищи, показано назначение миотропных спазмолитиков и седативных препаратов; при наличии признаков инфекции (повышение температуры, озноб, лейкоцитоз и др.) — антибиотикотерапия; в тяжелых случаях — госпитализация в стационар. В качестве миотропного спазмолитика для устранения желчной колики можно использовать мебеверин (Дюспаталин). Наиболее эффективно применять его «по требованию» для устранения приступов боли или для усиления эффекта пролонгированной терапии в терапевтических дозах 3 раза в сутки.

В период ремиссии ЖКБ при небольших размерах желчных холестериновых камней (не более 1 см) больным можно назначить литолитическую терапию урсодезоксихолевой кислотой (УДХК), эффективно растворяющей холестериновые камни желчного пузыря и общего желчного протока, пока не сформировались плотные кальцификаты. В таком случае ЖКБ нередко протекает без клинических симптомов и выявление камней происходит случайно.

У больных с ЖКБ выделяющаяся желчь перенасыщена холестерином и содержит недостаточное количество желчных кислот. Урсосан (УДХК) тормозит всасывание холестерина в кишечнике и способствует переходу холестерина из камней в желчь. Хенодесоксихолевая кислота также тормозит синтез холестерина в печени и способствует растворению холестериновых камней. Две желчные кислоты имеют различные точки приложения, поэтому эффективно их совместное применение.

Проведение лекарственной терапии в большинстве случаев позволяет избежать операции по поводу ЖКБ и ее осложнений. Однако возможно развитие рецидивов заболевания.

Одним из радикальных методов лечения больных ЖКБ считается холецистэктомия, позволяющая предотвратить появление осложнений и улучшить состояние больных. Данная операция прежде всего оправдана при наличии у больных выраженных клинических проявлений ЖКБ, в т.ч. частых желчных коликов.

К сожалению, проведение холецистэктомии не всегда достаточно эффективно. У некоторых больных развиваются осложнения. Так, у 30–40% пациентов, перенесших холецистэктомию (прежде всего у больных с функциональными нарушениями), сохраняются клинические симптомы заболеваний, беспокоившие их еще до проведения операции. В 1,5–2% случаев возникают различные органические нарушения, непосредственно связанные с проведением холецистэктомии. Не распознанные до проведения операции патологические нарушения желудочно-кишечного тракта, не связанные с поражением желчных протоков, например функциональные нарушения кишечника, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические запоры или синдром раздраженного кишечника, могут ухудшить состояние больных после проведения холецистэктомии. Также возможно развитие новых заболеваний (холангит и стриктуры протоков, сепсис, панкреатит или вторичный билиарный цирроз, рефлюкс-эзофагит).

В 3–5% случаев больные повторно оперируются по поводу органических нарушений, выявленных в разные сроки после проведения холецистэктомии. В связи с этим больным с ЖКБ сначала целесообразно провести медикаментозное лечение с целью растворения желчных камней, особенно в случаях, когда приступы желчной колики и незначительные боли в правом подреберье или в подложечной области возникают редко и выраженность их незначительна. Вероятность возникновения желчных коликов снижается с возрастом.

Постхолецистэктомический синдром. Постхолецистэктомический синдром возникает у 5–6% больных через 6 и более месяцев или лет после перенесенной ранее холецистэктомии.

К причинам развития постхолецистэктомического синдрома, непосредственно связанным с поражением желчных протоков, целесообразно отнести только не распознанные до проведения холецистэктомии желчные камни общего желчного протока, камни пузырного протока, стриктуры желчных протоков, стеноз в области фатерова соска, невриноу в области рубца, гранулему.

Основным клиническим проявлением постхолецистэктомического синдрома является появление приступообразной или периодически возникающей постоянной абдоминальной боли. При сохранении боли после операции или возникновении ее вновь вскоре после операции болевой синдром, скорее всего, обусловлен не ЖКБ, а другим заболеванием. О наличии оставшихся после операции камней свидетельствуют следующие симптомы: спонтанное отхождение камней, камни желчных протоков, наличие которых способствует

возникновению клинических симптомов при закупорке желчных протоков, холангите, перфорации, кишечной непроходимости, обусловленной камнем. Повышение давления в сфинктере Одди свыше 40 мм рт.ст., патологические изменения состояния желчных протоков, желудочно-кишечного тракта, холестаза, послеоперационная стриктура желчных протоков или дискинезия сфинктера Одди приводят к появлению перемежающейся обструкции желчных протоков. Дисфункция сфинктера Одди чаще встречается у женщин и может вызывать боль в правом подреберье, характерную и для поражения желчных протоков. Классические симптомы, возникающие у больных с камнями желчных протоков, — триада Шарко, которая выявляется у 70–80% больных.

У больных с постхолецистэктомическим синдромом, наряду с болевым синдромом, обычно наблюдаются расширение общего желчного протока, замедление эвакуации контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку после проведения эндоскопической панкреатохолангиографии (ЭПХГ) более чем на 20–30 минут.

Заболевания, непосредственно не связанные с желчным пузырем и не распознанные ранее, в частности язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также функциональные нарушения кишечника (хронический запор, синдром раздраженного кишечника), хронический гастрит с неязвенной (функциональной) диспепсией, не являются проявлениями постхолецистэктомического синдрома, как и рефлюкс-эзофагит, вероятность возникновения которого возможна и после проведения холецистэктомии. В отличие от некоторых других заболеваний, проявляющихся постоянной болью в животе (например, язвенной болезни), при лабораторном обследовании у больных с постхолецистэктомическим синдромом чаще всего отсутствуют какие-либо существенные отклонения.

Таким образом, мебеверин (Дюспаталин) можно применять для лечения больных с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, в т.ч. с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и дисфункцией сфинктера Одди, а также в составе комплексной терапии ЖКБ и хронического панкреатита.

Заключение. Мебеверин (Дюспаталин) обладает высокой эффективностью, длительным действием, удобной формой приема при амбулаторном и стационарном лечении больных. Безопасность применения и отсутствие системных эффектов дают возможность широко использовать мебеверин (Дюспаталин) в терапии многих заболеваний желудочно-кишечного тракта и билиарных органов для нормализации «работы» их гладкой мускулатуры и устранения клинических симптомов. Целесообразно применять мебеверин (Дюспаталин) для лечения больных ЖКБ (как до проведения холецистэктомии, так и в различные сроки после нее), а также при обострении хронического панкреатита и синдрома раздраженного кишечника. Под действием мебеверина (Дюспаталина) происходит нормализация нарушенной двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, что улучшает состояние больных.