

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Н.В. Харченко, В.В. Черненко

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Ключевые слова: сфинктер Одди, постхолецистэктомический синдром, лечение, урсодезоксихолевая кислота (урсофальк).

В настоящее время холецистэктомия является проверенным и надежным ("золотым стандартом") лечения желчнокаменной болезни.

У 25—40% больных, перенесших холецистэктомию, сохраняются или через некоторое время появляются абдоминальные боли и диспепсические расстройства, требующие лечения. Такое состояние обозначается как постхолецистэктомический синдром (1). У большинства больных (58%) причиной жалоб служат функциональные нарушения, у 40—42% — органические. Лишь в 1,5% случаев органические нарушения являются следствием операции, и лишь 0,5% больных с постхолецистэктомическим синдромом вынуждены подвергаться повторной операции (2).

Постхолецистэктомический синдром является собирательным понятием, объединяющим различные патологические состояния и связанные с ним клинические проявления, отмечаемые у пациентов, перенесших холецистэктомию.

К причинам постхолецистэктомического синдрома, связанным с поражением желчных путей, относят стриктуры желчных протоков, стенозы в области дуоденального соска, нераспознанные или рецидивирующие камни общего желчного протока, длинный пузырный проток, невриному в области рубца.

К причинам (не связанным с патологией желчных путей), которые не были своевременно распознаны до операции, относят, например, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, функциональные нарушения кишечника, хронические запоры, что нельзя ассоциировать с постхолецистэктомическим синдромом. Если операция выполняется только у тех больных, у которых отмечаются классические признаки желчных колик, то постхолецистэктомический синдром развивается лишь у 5% пациентов.

Причины постхолецистэктомического синдрома

Функциональные нарушения — до 60%

Органические причины — около 40%:

- изменения (поражения) желчных путей;
- изменения желудочно-кишечного тракта;

- нарушения, не связанные с желудочно-кишечным трактом

Патофизиология нарушений, происходящих после выполнения холецистэктомии, схематично выглядит следующим образом. Удаление желчного пузыря приводит к нарушению депонирования желчи и моторики сфинктера Одди. Дуоденит сопровождается дуоденальной дискинезией, гипертензией и забросом содержимого в общий желчный и панкреатический проток. Развиваются дискинезии как общего сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы (сфинктера Одди), так и его составляющих — сфинктеров желчного и панкреатического протоков.

Изменение концентрации желчи и ритма, хаотическое ее поступление в двенадцатиперстную кишку нарушает переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшает бактерицидность дуоденального содержимого, приводит к ослаблению роста и функционирования нормальной кишечной микрофлоры, изменению печеночно-кишечной циркуляции желчных кислот и других компонентов желчи. Под влиянием измененной микрофлоры желчные кислоты подвергаются преждевременной деконъюгации, что также способствует повреждению слизистой оболочки кишечника.

Таким образом, у больных с удаленным желчным пузырем клинические проявления могут быть связаны с:

- 1) изменением химического состава желчи;
- 2) нарушенным пассажем ее в двенадцатиперстную кишку;
- 3) дискинезией сфинктера Одди;
- 4) развитием избыточного бактериального роста в кишечнике.

Патологические состояния, выявляемые у больных после холецистэктомии:

- наличие дисфункции сфинктера Одди при отсутствии структурных изменений билиарной системы;

- билиарная гипертензия с холестаазом и наличием воспаления;
- сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, в большинстве случаев, состояние больных, перенесших холецистэктомию, обусловлено функциональными возможностями сфинктера Одди.

Согласно международной классификации (Римский консенсус, 1999) функциональные расстройства билиарного тракта подразделяют на два типа: дисфункция желчного пузыря и дисфункция сфинктера Одди. В настоящее время вместо терминов "постхолецистэктомический синдром", "билиарная дискинезия" и др. рекомендуется использовать в качестве диагноза термин "дисфункция сфинктера Одди".

Следует отметить, что в последней Международной классификации болезней (МКБ-10) под рубрикой K82.8 выделены "дискинезия желчного пузыря и пузырного протока", под рубрикой K83.4 — "спазм сфинктера Одди", а "постхолецистэктомический синдром" (шифр K91.5) отнесен в рубрику K91 "нарушения органов пищеварения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках".

Термином постхолецистэктомический синдром в большинстве случаев принято обозначать дисфункцию сфинктера Одди, обусловленную нарушением его сократительной функции, препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий.

Билиарный тракт представляет собой единую функциональную систему и включает желчный пузырь, пузырный проток, печеночные протоки и общий желчный проток со сфинктером Одди.

Как известно, из печени выходят правый и левый печеночные протоки, сливающиеся в воротах в общий печеночный проток. В результате его слияния с пузырным протоком образуется общий желчный проток.

Общий желчный проток соединяется с главным протоком поджелудочной железы, образуя печеночно-поджелудочную ампулу (фатерову ампулу). Ампула образует выпячивание слизистой оболочки, направленной в просвет кишки, — большой сосочек двенадцатиперстной кишки (синонимы: фатеров сосочек, большой дуоденальный сосочек).

Части общего желчного протока, протока поджелудочной железы и печеночно-поджелудочной ампулы (фатеровой ампулы), проходящие в стенке двенадцатиперстной кишки и окруженные валом продольных и круговых мышечных волокон, носят название сфинктер Одди.

Сфинктер Одди — это фиброзно-мышечный футляр, окружающий конечные участки общего желчного и панкреатического протоков и общий канал в месте их прохождения через стенку двенадцатиперстной кишки.

Сфинктер холедоха был впервые описан в 1681 г. Френсисом Глиссоном. Сфинктер назван по име-

ни Руджеро Одди, который опубликовал в 1887 г. свои морфологические наблюдения о структуре сфинктера, будучи студентом университета Перуджи в Италии.

В нормальных условиях сфинктер Одди состоит из трех сегментов:

1) сфинктера общего желчного протока — наиболее мощного из группы сфинктеров Одди, он отграничивает полость общего желчного протока от полости большого дуоденального сосочка;

2) сфинктера панкреатического протока, окружающего вирсунгов проток, обычно развитого слабо;

3) сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы, окружающего общий канал — сфинктера собственно дуоденального сосочка (так называемого сфинктера Вестфаля) представляющего собой группу кольцевидных и продольных волокон, достигающих верхушки дуоденального сосочка; при сокращении сфинктер Вестфаля отграничивает полость сосочка от полости двенадцатиперстной кишки (рисунок).

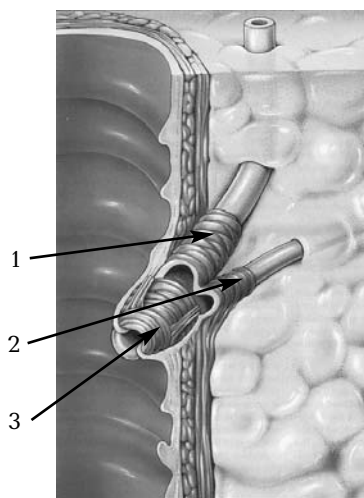
Основные функции сфинктера Одди:

1) регулирует время и частоту секреции желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку;

2) предотвращает рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки в холедох и панкреатический проток;

3) обеспечивает накопление в желчном пузыре печеночной желчи.

Нарушение проходимости протоков на уровне сфинктера может иметь функциональную (нарушение двигательной активности) или органическую (структурную) природу. Поэтому больных с дисфункцией сфинктера Одди можно разделить



1 — сфинктер холедоха;
2 — сфинктер панкреатического протока;
3 — сфинктер ампулы большого дуоденального сосочка

Рисунок. Анатомические элементы сфинктера Одди

на 2 групи: 1) пацієнти з дискінезією сфинктера; 2) пацієнти со стенозом сфинктера.

Дисфункція сфинктера Одди часто проявляється у лиц, перенесших холецистектомію. Після удалення жєлчного пузиря даже умеренное сокращение сфинктера Одди может привести к существенному повышению давления во всем желчном тракте. Большинство случаев так называемого постхолецистектомического синдрома обусловлено именно развитием дисфункции сфинктера Одди.

В Римском консенсусе II (1999 г.) приводятся критерии диагностики дисфункции сфинктера Одди.

Эпизоды выраженной устойчивой боли, локализованные в эпигастрии и правом верхнем квадранте живота, имеют следующие признаки:

- болевые эпизоды до 30 мин и больше;
- развитие одного или более приступов в течение предшествующих 12 мес;
- боль устойчива и нарушает трудовую деятельность, требует консультации с врачом;
- отсутствуют данные о структурных изменениях, которые могли бы объяснить эти признаки.

Билиарная боль характеризуется как эпизод выраженной боли, локализованной в эпигастрии или правом подреберье, продолжительностью не менее 30 мин. Боль иррадирует под правую лопатку, может сопровождаться тошнотой и рвотой. Пациенты во время приступа не могут найти положения, облегчающего боль.

При изменении в панкреатической части сфинктера боль по характеру приближается к панкреатитоподобной: иррадирует в спину и частично облегчается при наклоне туловища вперед.

Кроме того, боль может быть связана с повышением сывороточных трансаминаз, щелочной фосфатазы, билирубина или панкреатических ферментов.

С учетом различий в клинической картине больных с дисфункцией сфинктера Одди выделяют 2 категории пациентов: 1) пациенты с дисфункцией желчного сегмента сфинктера Одди (большинство); 2) пациенты с преимущественной дисфункцией панкреатического сегмента сфинктера Одди (меньшая часть).

В соответствии с преобладанием нарушений билиарной или панкреатической части сфинктера Одди выделяют билиарноподобный или панкреатитоподобный варианты.

Критерии дисфункции сфинктера Одди билиарного типа:

- 1) типичная боль билиарного типа ;
- 2) повышенный уровень ферментов печени (АСТ и/или щелочной фосфатазы больше 2 норм при двух последних исследованиях);
- 3) удлинение времени дренажа контраста при ЭРХПГ > 45 мин;
- 4) расширенный общий желчный проток > 12 мм.

Классификация дисфункции сфинктера Одди (по Green—Hogan):

"билиарный тип I (определенный) включает все критерии (критерий 1—4) (структурные изменения сфинктера Одди);

"билиарный тип II (предположительный) включает приступ болей "билиарного" типа (критерий 1) в сочетании с одним или двумя другими критериями (критерии 2—4) (функциональные и структурные изменения сфинктера Одди);

"билиарный тип III (возможный) включает только приступ болей "билиарного" типа (критерий 1) (функциональные изменения сфинктера Одди);

"панкреатический тип представлен эпигастральными болями с иррадиацией в спину, повышением уровня панкреатических ферментов не менее чем в 2 раза в период двух последовательных приступов болей, расширением панкреатического протока > 5 мм.

Диагностические исследования, являющиеся стандартом обследования больных с постхолецистектомическим синдромом:

- 1) клинический анализ крови и мочи;
- 2) копрограмма;
- 3) биохимическое исследование крови: билирубин и фракции, трансаминазы, щелочная фосфатаза, амилаза;
- 4) исследование дуоденального содержимого для диагностики паразитарной инвазии и бактериальной контаминации, микроскопическое исследование желчи;
- 5) УЗИ органов брюшной полости;
- 6) ЭГДС с осмотром фатерова соска, с биопсией и исследованием на *Helicobacter pylori* позволяет исключить самостоятельные болезни этих отделов пищеварительного тракта и подтвердить наличие хронического дуоденита, связанного с постхолецистектомическим синдромом, а не с хеликобактериозом;

Таблица. Классификация дисфункции сфинктера Одди билиарного типа

Тип	Билиарная боль	Повышение АЛТ и/или ЩФ в 2 раза и более	Выделение контраста при ЭРХПГ >45 мин	Расширение общего желчного протока >12 мм
1	+	+	+	+
2	+	±	±	±
3	+	—	—	—

- 7) ректороманоскопія;
- 8) рентгенологічне дослідження шлунка, дванадцятипалої кишки з метою виключення самостійних захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (грижа шлункового отвору діафрагми, пухли шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічне порушення дуоденальної прохідності);
- 9) холедохосцинтиграфія;
- 10) манометрія сфинктера Одди дозволяє верифікувати його дисфункцію;
- 11) ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЭРХПГ) проводиться для виключення можливо залишених в холедохи каменів, наявності стриктур і хронічного панкреатиту.

Єдиним методом, який може напряму оцінити функцію сфинктера Одди, є манометрія. Однак, це технічно складна процедура, пов'язана з розвитком ряду ускладнень. Тому перевагу надають скрининговим неінвазивним дослідженням, на основі яких виключаються інші захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і передбачається дисфункція сфинктера Одди. Тільки після цього проводяться інвазивні тести, що підтверджують дисфункцію сфинктера Одди.

Неінвазивні лабораторні дослідження необхідно проводити в час або не пізніше 6 ч після закінчення болювого приступу, а також в динаміці. Транзиторне підвищення в 2 і більше раз рівня печеночних або панкреатических ферментів в час двох і більше послідовних приступів більш підтверджує дисфункцію сфинктера Одди.

При УЗІ важке значення надається розширенню холедоха і головного панкреатического протока, що свідчить про порушення току жовчі і панкреатического секрету на рівні сфинктера Одди. Розширення холедоха може вказувати на резистентність бiliarному току жовчі, викликану змінами сфинктера Одди. Однак специфічність цього признаку не висока: бессимптомне розширення холедоха зустрічається у 35% хворих після холецистектомії.

К інвазивним методам оцінки функції сфинктера Одди відносять: непрямий метод — ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЭРХПГ) і прямий — манометрію сфинктера Одди. Основні признаку дисфункції сфинктера Одди: діаметр холедоха ≥ 12 мм і затримка опорожнення контраста з холедоха більш 45 хв. Додаткові признаку: розширений панкреатический проток (> 5 мм) і затримка опорожнення контраста з панкреатического протока більш 10 хв.

Манометрія сфинктера Одди, проводима в час ендоскопічного дослідження, дозволяє напряму оцінити базальне тиск в бiliarній і панкреатическій частині сфинктера. Манометрія дозволяє виділити бiliarний і панкреатический тип розладів, а також встановити

етиологію рецидивуючих панкреатитів у хворих, перенесли холецистектомію.

Прикладні формулювання діагнозів у хворих, які перенесли холецистектомію:

- Дисфункція сфинктера Одди бiliarного типу III. Холецистектомія в 1995 г. по приводу жовчнокам'яної хвороби.

- Хронічний панкреатит, рецидивуючий, стадія обострення. Дисфункція сфинктера Одди. Холецистектомія в 1997 г. по приводу жовчнокам'яної хвороби.

Лікування хворих з дисфункцією сфинктера Одди

Общими принципами дієти хворих з дисфункціональними розладами бiliarної системи є режим харчування з частими прийомами (5—6-разове харчування) невеликих кількостей їжі.

Хворим з дисфункцією сфинктера Одди, перенесли холецистектомію, рекомендується обмеження прийому продуктів, що містять холестерин (жирів тваринного походження). Хворим рекомендують додавати в їжу волокон в формі продуктів рослинного походження або отруби. При цьому овочі і фрукти краще використовувати термічно оброблені (варені, запечені). Отруби можуть застосовуватися в формі готових сніданків (хліб, каша).

З раціону виключаються алкогольні напої, газувата вода, копчені, жирні і жарені страви і спеції в зв'язі з тим, що вони можуть викликати спазм сфинктера Одди.

Після холецистектомії, як правило, залишаються порушення біохімічного складу жовчі: переенасичення її холестерином і зниження вмісту жовчних кислот, в зв'язі з цим хворим, перенесли холецистектомію, показано призначення урсодезоксихолевої кислоти (урсофальк) (Др. Фальк Фарма, Німеччина).

Урсодезоксихолева кислота (УДХК) — третинна жовчна кислота, яка широко застосовується для лікування захворювань, що супроводжуються холестатическими порушеннями. УДХК відрізняється від хенодесоксихолевої кислоти (ХДХК) в отношенні екваторіально орієнтованої 7-гідроксильної групи, тому УДХК є гідрофільною і менш ліпофільною, ніж ХДХК. Благодаря цьому, вона нетоксична для організму.

В жовчі здорового людини УДХК міститься до 3% від загальної кількості жовчних кислот. Після лікування урсодезоксихолевою кислотою з щоденною дозою 10—15 мг/кг в добу її частка зростає до 60—70%. Частка хенодесоксихолевої кислоти зменшується з 40% до 16%. З підвищенням вмісту УДХК відбувається витіснення не тільки ХДХК, але і інших неполярних жовчних кислот.

Урсофальк впливає негайно на кілька ланок патогенезу захворювань гепатобiliarної системи, що протікають з холестазом.

Холеретический ефект УДХК: 1) витіснення загальної кількості токсических гідрофобних жовчних кислот за рахунок конкурентного захоплення рецепторами в

подвздошной кишке; 2) стимуляция экзоцитоза в гепатоцитах путем активации Ca-зависимой α -протеинкиназы ведет к уменьшению концентрации гидрофобных желчных кислот; 3) индукция бикарбонатного холереза усиливает выведение гидрофобных желчных кислот в кишечник.

Гипохолестеринемический эффект УДХК: снижение всасывания холестерина в кишечнике, снижение синтеза холестерина в печени, снижение экскреции холестерина в желчь.

Литолитический эффект: снижение литогенности желчи вследствие формирования жидких кристаллов с молекулами холестерина.

Цитопротективный эффект: встраивание УДХК в фосфолипидный слой клеточной мембраны ведет к стабилизации последней и повышению устойчивости к повреждающим факторам.

Антиапоптотический эффект: снижение проницаемости митохондриальной мембраны, уменьшение высвобождения митохондриального цитохрома С; активация рецепторов эпидермального фактора роста.

Иммуномодулирующий эффект: уменьшение экспрессии патологического класса HLA-антигенов.

Исходя из механизмов действия, показаниями к назначению УДХК являются различные заболевания гепатобилиарной системы, в том числе урсофальк показан больным дисфункцией сфинктера Одди после холецистэктомии.

Консервативное медикаментозное лечение направлено на снятие спазма гладкой мускулатуры сфинктера Одди. С этой целью используются ряд препаратов, обладающих спазмолитическим эффектом. Основными представителями данной группы являются дротаверин (но-шпа), галидор. Недостатками данных препаратов являются отсутствие селективного эффекта на сфинктер Одди, наличие нежелательных эффектов, обусловленных воздействием на гладкую мускулатуру сосудов, мочевыделительной системы и всех отделов пищеварительного тракта.

В качестве спазмолитиков используются также неселективные (препараты красавки, метацин, платифиллин, бускопан и др.) и селективные М1-холиноблокаторы (гастроцепин). Несмотря на существование широкого арсенала различных медикаментозных средств, результаты их применения не всегда удовлетворяют специалистов. Это объясняется прежде всего тем, что при приеме препаратов данной группы может наблюдаться достаточно широкий спектр побочных эффектов: сухость во рту, задержка мочеиспускания, нарушение зрения, повышение внутриглазного давления, тахикардия и др. Сочетание широкого спектра побочных действий и отсутствие избирательного действия на тонус сфинктера Одди ограничивает применение препаратов этой группы при дисфункции сфинктера Одди у больных, перенесших холецистэктомию. Поэтому, продолжается поиск новых фармакологических групп препаратов для лечения дисфункциональных расстройств билиарного тракта.

В настоящее время применяют антагонисты кальция, не имеющие системного воздействия и обладающие селективностью в отношении ЖКТ. Представителем данной группы препаратов является дицетел, основным действующим веществом которого служит пинавериум бромид. Препарат представляет собой спазмолитик миотропного действия. Пинавериум бромид избирательно блокирует потенциалзависимые кальциевые каналы L-типа, расположенные в клетках гладкой мускулатуры кишечника и желчевыводящих путей, препятствует избыточному поступлению кальция внутрь клетки. Таким образом, дицетел предотвращает чрезмерное мышечное сокращение сфинктера Одди и кишечника. Пинавериум бромид (дицетел) назначают по 50 мг (1 таблетка) 3 раза в день во время еды в течение 2—3 нед.

Выраженной антиспастической активностью обладает мебеверина гидрохлорид (дюспаталин). Мебеверина гидрохлорид является блокатором натриевых каналов, расслабляет гладкие мышцы пищеварительного канала, преимущественно толстой кишки и сфинктера Одди. Дюспаталин обладает двойным механизмом действия, во-первых, препарат оказывает антиспастический эффект, снижая проницаемость клеток гладкой мускулатуры для Na^+ , во-вторых, он непрямым образом уменьшает отток K^+ , и не вызывает гипотонию. Дюспаталин отличается пролонгированным действием, его назначают по 200 мг (1 капсула) 2 раза в сутки длительностью 2—3 нед.

В последнее время появились сообщения о применении ботулотоксина — потенциального ингибитора освобождения ацетилхолина. Введение ботулотоксина в сфинктер вызывает снижение давления в нем, улучшение тока желчи и купирование болевого симптома.

Препараты вышеуказанных групп оказывают спазмолитический эффект и не влияют на характер патологических изменений в печени.

В связи с этим заслуживает внимание гепатофальк планта (Др. Фальк Фарма, Германия) — комбинированный препарат растительного происхождения, содержащий экстракты 3 растений — плодов расторопши пятнистой, травы и корня чистотела большого и корневища яванского турмерика.

Гепатофальк планта обладает многогранным действием: положительно влияет на функцию печени, а также оказывает спазмолитическое влияние на сфинктер Одди, т.к. нормализует желчевыделительную и двигательную активность билиарной системы.

Экстракт плодов расторопши пятнистой содержит флавоноид силимарин, который оказывает гепатопротективное действие. Силимарин обладает мембраностабилизирующим и антиоксидантным действием, стимулирует биосинтез белка и ускоряет регенерацию поврежденных гепатоцитов (метаболическое действие силимарина).

Силимарин непосредственно обладает желчегонными свойствами благодаря наличию у него одновременно холеретического и холекинетического

действия. Холерез развивается благодаря повышению секреции желчных кислот и электролитов гепатоцитами. Холекинетический эффект связан со снижением тонуса сфинктеров желчевыводящих путей. Таким образом, многогранное действие флавоноида силимарина определяет его терапевтическое влияние на гепатобилиарную систему.

Экстракт из травы и корня чистотела большого, содержащий алкалоид хелидонин, оказывает спазмолитический и анальгетический эффект. Это позволяет использовать данный препарат для купирования болей у больных дисфункцией сфинктера Одди, в том числе у больных, перенесших холецистэктомию.

Экстракт из корневища турмерика яванского содержит куркумин и эфирные масла. Куркумин оказывает холеретический и холекинетический эффект, что позволяет использовать его для лечения диспепсических расстройств. Кроме того, отмечен противовоспалительный эффект и бактерицидная активность куркумина, в том числе в отношении золотистого стафилококка, сальмонеллы и

микобактерии туберкулеза. Эффективен при хронических заболеваниях функциональной и органической природы желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Гепатофальк планта показан для лечения больных с дисфункцией сфинктерного аппарата и желчного пузыря, функциональными расстройствами билиарной системы, сопровождающих патологию печени, и для лечения больных, которым была проведена холецистэктомию. Гепатофальк планта назначают по 1—2 капсулы 3 раза в день перед едой, длительность приема составляет 3—4 нед.

ВЫВОДЫ

Таким образом, понимание клинической проблемы "постхолецистэктомиический синдром", современный подход к оценке клинических симптомов, применение необходимых методов диагностики и правильная трактовка их, назначение адекватной комплексной терапии позволяет улучшить самочувствие и качество жизни больных, которые перенесли холецистэктомию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболевания внепеченочной билиарной системы: дисфункция желчного пузыря и состояния после холецистэктомии. Международный Бюллетень // Гастроэнтерология.— 2001.— № 6.
2. *Ивашкин В.Т. и др.* Краткое руководство по гастроэнтерологии/ Под ред. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта.— М.: Издат. дом "М-Вести", 2001.— 458 с.
3. *Ильченко А.А.* Дисфункциональные расстройства билиарного тракта // *Consilium provisorum*.— 2002.— № 4, Т. 2.
4. *Ильченко А.А.* Эффективность мебеверина гидрохлорида при билиарной патологии // РМЖ.— 2003, № 4, Т. 11.
5. *Лейшнер У.* Практическое руководство по заболеваниям желчных путей.— М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.— 264 с.
6. *МакНелли П.Р.* Секреты гастроэнтерологии/ Пер. с англ.— М.— СПб.: Издательство БИНОМ, Невский диалект, 1998.— 1023 с., ил.
7. *Минушкин О.Н.* Абдоминальная боль: дифференциальная диагностика, возможные лечебные подходы // РМЖ.— 2002, № 15, Т. 10.
8. *Урсова Н.И.* Дисфункциональные расстройства билиарного тракта у детей, критерии диагностики и коррекции // *Consilium Medicum*. Симпозиум "Механизмы регуляции желчеобразования и методы его коррекции".— 2002.— С. 14—15.

9. *Урсова Н.И.* Проблема функциональных расстройств билиарного тракта у детей и их коррекция // РМЖ.— 2003, № 3, Т. 11.
10. *Шерлок Ш., Дули Дж.* Заболевания печени и желчных путей: Практич. рук.: Пер. с англ./ Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина.— М.: Гэотар Медицина, 1999.— 864 с.
11. *Яковенко Э.П., Григорьев П.Я.* Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей / Диагностика и лечение. Методическое пособие для врачей. М.: Медпрактика-М, 2001.— 31 с.
12. *Clouse R.E., Richter J.E., Heading R.C. et al.* In: *Drossman D.A., Corazziari E., Talley N.Y., et al.* Eds. Rome II: The functional gastrointestinal disorders. 2nd edn. McLean VA: Degnon Associates, 2000.
13. *Corazziari E., Shaffer E.A., Hogan W.J. et al.* Functional disorders of the biliary tract and pancreas // *Gut*.— 1999.— Vol. 45 (Suppl. 2).— P. 1148—1154.
14. *Drossman D.A.* The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment. A Multinational consensus.— Little, Brown and company.— 1994.— 570 p.
15. *Itoh Z., Iwanaga Y. and Mizumoto A.* In: *Calcium Antagonism in Gastrointestinal Motility*, edited by M.O. Christen, T. Godfraind and R.W. McCullumElsevier, Paris.— 1989.— P. 161—167.
16. *Lasson A.* The postcholecystectomy syndrom: diagnostic and therspeutic strategy // *Scand. J. Gastroenterol.*— 1987.— Vol. 22.— P. 897—902.
17. *Talley N.J., Sttanghellini V., Heading R.C. et al.* Functional gastroduodenal disorders // *Gut*.— 1999.— 45.— P. 1137—1142.

ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Н.В. Харченко, В.В. Черненко

Детально проаналізовано функціональні розлади, що можуть розвинутися після холецистектомії, зокрема дисфункцію сфінктера Одді. Подано критерії діагностики та класифікацію типів цього захворювання, рекомендації щодо лікування.

Хворі з дисфункціональними розладами біліарної системи потребують зміни режиму харчування, обмеження споживання тваринних жирів та продуктів з високим вмістом холестерину. Після холецистектомії, як правило, залишаються порушення біохімічного складу жовчі, зокрема знижений вміст жовчних кислот. Тому рекомендовано прийом урсодезоксихолевої кислоти ("Урсофальк"). Для зняття спазму гладкої мускулатури сфінктера Одді призначають спазмолітики. Добре зарекомендував себе препарат "Гепатофальк планта", який окрім антиспастичної дії має позитивний вплив на функцію печінки.

POST-CHOLECYSTECTOMY SYNDROME: MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT

N.V. Kharchenko, V.V. Chernenko

The functional disturbances which can develop after the cholecystectomy, including Oddi's sphincter have been described.

The criteria for diagnostics and classification of this disease types, as well as the recommendations for its treatment are presented.

Patients with biliary dysfunctional disorders need the change of dietary habits, limitation of animal fats and reduction food with high cholesterol level. After cholecystectomy the biochemical bile composition disturbances are usually preserved, including the reduced bile acids level. Therefore the administration of ursodeoxycholic acid ("Ursofalk") is advisable. To relieve the smooth muscle spasm of Oddi's sphincter, the spasmolytics are to be administered. The use of "Hepatofalk planta" preparation showed good results as it has not only antispastic activity but also positive effect on liver function.