

3. Морозова Т. Е., Юдина И. Ю. Современная стратегия улучшения приверженности лечению больных артериальной гипертензией: фиксированные комбинации лекарственных средств // *Consilium Medicum*. – 2010; 1: 22–28.

4. Чазова И. Е., Ратова Л. Г., Мартынюк Т. В. Первые итоги российского исследования СТРАТЕГИЯ А (Российская многоцентровая программа по оценке эффективности нолипрела А форте у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска с недостаточным контролем артериального давления) – на пути оптимизации антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией высокого риска. Системные гипертензии, 2010, 4, <http://www.consilium-medicum.com/magazines/magazines/special/article/20380>

5. Cuspidi C., Lonati L., Sampieri L. Blood pressure control in hypertension hospital clinic // *J. Hypertens.* – 1999; 17: 835–841.

6. Ferri C., Grassi D., Desideri G. Blood pressure control in hypertensive patients/Medforum. – 2008; Milan, Italy, 15 p.

7. Gupta A., Arshad S., Poulter N. Compliance, Safety, and Effectiveness of Fixed-Dose Combinations of Antihypertensive Agents. A Meta-Analysis // *Hypertension*. – 2010; 55: 399–407.

8. Jamerson K., Bakris G., Dahlöf B. et al. ACCOMPLISH investigators. Exceptional early blood pressure control rates: the ACCOMPLISH trial // *Blood Press.* – 2007; 16: 80–86.

9. Volpe M., Tocci G., Trimarko B. et al. Blood pressure control in Italy: results of recent surveys on hypertension // *J. Hypertens.* – 2007; 25: 1491–1498.

10. Mancia G., Laurent S., Agabiti-Rosei E. et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European society of hypertension task force document // *J. Hypertension*. – 2009; 27: 2121–2158.

HIGH-DOSE FIXED ANTIHYPERTENSIVE COMBINATIONS IN THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

Professor **O. Kislyak**, MD; **T. Kasatova**, Candidate of Medical Sciences;

A. Labutin

N.N. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Recent trials have shown that the use of fixed-dose antihypertensive combinations increases the number of patients who can achieve target blood pressure (BP), significantly enhances patient compliance, and reduces the rate of side effects. The proportion of fixed-dose combinations of antihypertensive drugs (AHD) is, unfortunately, as high as 7.2% of the AHDs, as shown by the data of the PIFAGOR III trial and only 43% of physicians prescribe them. According to the results of this investigation, high-dose fixed combination of Noliprel A B-forte is safe and allows one not only to increase the number of patients with BP normalization in uncontrolled grade 2 and 3 arterial hypertension, but also to accelerate target BP achievement.

Key words: arterial hypertension, blood pressure, fixed-dose antihypertensive combinations.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИЛИАРНОГО ТРАКТА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

П. Селивёрстов, кандидат медицинских наук,
Т. Скворцова, кандидат медицинских наук, **Л. Тетерина**,
Е. Чихачёва, **С. Ситкин**, кандидат медицинских наук,
В. Радченко, доктор медицинских наук, профессор
СЗГМУ им. И.И. Мечникова
E-mail: seliverstov-pv@yandex.ru

Отсутствие специфических клинических симптомов функциональных расстройств желчных путей затрудняет диагностику болезней печени и желчных путей. Все методы лечения дисфункции сфинктера Одди подразделяются на инвазивные и неинвазивные. Для снятия спазма гладкой мускулатуры сфинктера Одди широко используется Дюспаталин.

Ключевые слова: Дюспаталин, желчный пузырь, сфинктер Одди, билиарный тракт.

Болезни печени и желчных путей остаются серьезной проблемой здравоохранения, составляя 40% всей патологии органов пищеварительной системы. Заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) резко возросла в последнее время и продолжает увеличиваться; сегодня она занимает 3-е место среди наиболее распространенных болезней человека (после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета), а в гастроэнтерологической патологии ЖКБ встречается чаще язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Наиболее частой причиной болезни желчных путей у взрослых людей являются желчные камни. Так, от этого заболевания страдают более 20 млн трудоспособного населения в Северной Америке и Европе; ежегодная обращаемость по поводу ЖКБ в России составляет около 1 млн человек в год.

Неспецифичность клинических симптомов функциональных расстройств желчных путей затрудняет диагностику данного состояния. Часто время проявлений клинических симптомов не совпадает с диагностируемыми структурными изменениями, а методы диагностики не отличаются надежностью.

В соответствии со II Римским консенсусом (1999), среди функциональных расстройств билиарного тракта принято выделять: E1 – дисфункцию желчного пузыря (ЖП) и E2 – дисфункцию сфинктера Одди.

Сфинктер Одди представлен фиброзно-мышечной структурой, окружающей конечные участки панкреатического и общего желчного протоков, а также общий канал в месте их прохождения через стенку ДПК. Располагаются гладкомышечные волокна сфинктера циркулярно и продольно, а длина функционально значимой его части, по макрометрическим исследованиям, составляет 8–10 мм.

Функции сфинктера Одди связаны с регуляцией им градиента давления между общим желчным, панкреатическим протоками и ДПК; регуляцией тока желчи и пан-

креатического сока в ДПК; предотвращением рефлюкса содержимого ДПК в общий желчный и панкреатический протоки; накоплением в ЖП печеночной желчи. Такая согласованная сократительная активность ЖП и сфинктера Одди обеспечивает наполнение желчью ЖП между приемами пищи.

Для определения нарушения функции сфинктера Одди общепринят термин «дисфункция сфинктера Одди» (ДСО). Характеризуется ДСО частичным нарушением проходимости протоков на уровне сфинктера. Последняя может быть функциональной (нарушение двигательной активности) либо органической (структурной) природы, что клинически проявляется нарушением оттока желчи и панкреатического сока. Вопрос о термине «дисфункция» обсуждается, поскольку он не отражает в полной мере сущности имеющихся нарушений вследствие трудности разграничения первичного доброкачественного стеноза и функциональной ДСО.

Чаще пациентов с ДСО беспокоят периодические боли в эпигастральной области, диспепсические симптомы, которые могут протекать как с повышением уровня печеночных ферментов, так и без роста их активности. Реже ДСО может встречаться у пациентов с так называемым идиопатическим панкреатитом. В особую группу выделяют больных с развитием ДСО после холецистэктомии. Подобные изменения изучены наиболее хорошо. Распространенность первичной ДСО среди населения в связи с трудностями диагностики неизвестна.

Поскольку наблюдается устойчивая тенденция к распространности ЖКБ, увеличивается и число оперативных вмешательств по поводу холелитиаза. Внедрение в широкую практику менее инвазивной лапароскопической холецистэктомии расширило показания к этой операции. Сегодня в мире по числу оперативных вмешательств холецистэктомия занимает 2-е место (после аппендэктомии).

К сожалению, невозможно выявить заранее пациентов, склонных к рецидивам ЖКБ, которые возникают в 30–50% случаев после лечения. Реже встречается рецидив у пациентов с одиночными желчными камнями, чем с несколькими. Своевременное назначение урсодезоксихолевой кислоты – УДХК (урсофальк) предупреждает развитие рецидивов образования желчных камней.

По литературным данным, признаки ДСО встречаются у 1,5% больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) и у 1% пациентов, перенесших холецистэктомию. В среднем у 14% больных с жалобами, предположительно связанными с расстройством функции сфинктера Одди, при манометрическом исследовании обнаруживают нарушения показателей.

Всех больных с ДСО можно разделить на 2 группы: со стенозом сфинктера и с его функциональной дискинезией (нарушение двигательной активности).

Вследствие воспаления и фиброза, а также гиперплазии слизистой оболочки возникает истинный анатомический стеноз сфинктера Одди и большого сосочка ДПК. Прохождение мелких камней по общему желчному протоку или рецидивы панкреатита способствуют развитию воспалительных и фиброзных изменений. Причины, приводящие к развитию функциональной ДСО, не известны. Зачастую отграничить органический стеноз сфинктера Одди от функционального достаточно сложно, так как оба состояния могут возникать под действием одних и тех же факторов.

Согласно II Римскому консенсусу (1999), диагностику ДСО проводят с учетом ряда критериев, отражающих эпизоды выраженной устойчивой боли, локализованной в эпигастрии и правом верхнем квадранте живота, и следующих признаков:

- болевые эпизоды длятся ≥ 30 мин, чередуясь с безболевыми интервалами;
- приступы возникают в течение 12 мес;
- боль устойчива, нарушает трудовую деятельность или требует консультации с врачом;
- отсутствуют данные о структурных изменениях, которые могли бы объяснить эти признаки.

Также боль может быть связана с одним или несколькими признаками: повышением активности сывороточных аминотрансфераз, щелочной фосфатазы (ЩФ), γ -глутамилтранспептидазы (ГГТП), уровня прямого билирубина и(или) активности панкреатических ферментов амилазы и липазы.

С учетом различий в клинической картине больных с ДСО подразделяют на 2 большие категории:

- пациенты с болью билиарного типа (как при болезнях желчных путей), подавляющие большинство;
- пациенты с болью, напоминающей таковую при приступе панкреатита (меньшая часть).

Для билиарного типа ДСО характерны 4 категории нарушений:

- приступы желчных болей;
- изменение активности печеночных ферментов (двукратное превышение активности аминотрансфераз и(или) щелочной фосфатазы при 1-м и повторном исследовании);
- замедленное выведение контрастного вещества при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) (>45 мин);
- расширение общего желчного протока (>12 мм).

Подробное изучение клинической картины, данных лабораторных исследований и результатов ЭРХПГ позволило разделить пациентов с клиническими проявлениями ДСО по билиарному типу на 3 группы. В 1-ю группу входят больные со всеми критериями, перечисленными выше. Причиной ДСО в этой группе чаще является его стеноз. Манометрическое доказательство ДСО обнаруживается у 65–95% пациентов и подтверждает предположение о структурных изменениях сфинктера (стенозе). Для 2-й группы характерен приступ желчных болей в сочетании с 1–2 другими критериями. В этой группе нарушения могут быть как структурными, так и функциональными. Манометрическое доказательство ДСО выявляется у 50–63% больных. Для 3-й группы характерен только типичный приступ желчных болей; ДСО обычно носит функциональный характер. Только у 12–28% пациентов этой группы имеется манометрическое подтверждение ДСО.

Панкреатический тип ДСО клинически проявляется характерной для панкреатита эпигастральной болью, которая часто иррадирует в спину и сопровождается значительным повышением активности сывороточной амилазы и липазы. Поскольку отсутствуют традиционные причины панкреатита (холелитиаз, алкоголь и др.), в этих случаях устанавливают неопределенный диагноз идиопатического рецидивирующего панкреатита. В общей группе пациентов с идиопатическим рецидивирующим панкреатитом при манометрическом исследовании ДСО выявляют в 39–90% случаев.

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

Дюспаталин® (мебеверин)

Регистрационное удостоверение П №011303/01 Капсулы пролонгированного действия, в 1 капсуле содержится 200 мг мебеверина гидрохлорида. Показания к применению: Симптоматическое лечение боли, спазмов, дисфункции и дискомфорта в области кишечника, связанных с синдромом раздраженного кишечника. Симптоматическое лечение спазмов органов желудочно-кишечного тракта (в т. ч. обусловленных органическими заболеваниями). Противопоказания: Гиперчувствительность к любому компоненту препарата. Возраст до 18 лет (в связи с недостаточностью данных по эффективности и безопасности). Побочное действие: Со стороны иммунной системы: Реакции гиперчувствительности. Крапивница, ангионевротический отек, в том числе лица, экзантема. Данных недостаточно для оценки частоты случаев. Применение во время беременности и в период лактации: Клинические данные о лечении беременных женщин отсутствуют. Назначать препарат беременным женщинам следует с осторожностью, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Информации об экскреции мебеверина в материнское молоко недостаточно. Не следует принимать Дюспаталин® во время кормления грудью. Способ применения и дозы: Принимать внутрь, не разжевывая с достаточным количеством воды (не менее 100 мл). По одной капсуле (200 мг) 2 раза в сутки, одна - утром и одна - вечером, за 20 минут до еды. Информация для медицинских работников!

Более полное обследование для выявления ДСО необходимо при наличии: эпизодической боли, схожей с болями, возникающими при патологии ЖП, но отрицательных результатов диагностических тестов (включая УЗИ и исследование пузырной желчи на микрокристаллы); болей в животе после холецистэктомии; идиопатического рецидивирующего панкреатита.

Изначально диагноз ДСО основывался только на клинических проявлениях. Позже были описаны несколько диагностических тестов для выявления ДСО, однако их практичность и диагностическая ценность остаются спорными. Значения лабораторных исследований могут меняться только в случае, если они проводятся во время болевого приступа или сразу после него. У некоторых пациентов при остром болевом приступе определяется транзитное повышение активности печеночных ферментов (аспартат- и аланинаминотрансферазы – АСТ и АЛГ; ЩФ, ГГТП) и(или) ферментов поджелудочной железы (амилазы, липазы). Во время болевого приступа периодические повышения активности печеночных или панкреатических ферментов (более чем в 2 раза) указывают на препятствие в протоках, что не является строго специфичным для ДСО – необходимо исключать и другие причины нарушения проходимости желчных протоков, в том числе холедохолитиаз. Для диагностики данной патологии применяют ряд инструментальных методов и проб: ультразвуковое сканирование, холедохосцинтиграфию, ЭРХПГ и эндоскопическую манометрию.

По литературным данным, у 40% больных после холецистэктомии по поводу камней в ЖП сохраняется первоначальная клиническая симптоматика. У 40–45% больных причиной жалоб служат органические нарушения: стриктуры желчных путей, нераспознанные камни общего желчного протока, предшествующие заболевания ЖКТ и др. Как следствие проведенной холецистэктомии возникает ДСО, проявляющаяся нарушением тонуса сфинктера холедоха, панкреатического протока или общего сфинктера.

С функцией ЖП тесно связана моторная активность сфинктера Одди, так как тонус сфинктера уменьшается во время сокращения ЖП. Для обеспечения согласованной работы билиарной системы ЖП моделирует ответ сфинктера Одди на гормональную регуляцию. Экспериментально было показано, что после холецистэктомии реакция сфинктера Одди на холецистокинин уменьшается. Наиболее часто мышечная дискинезия сфинктера проявляется его гипертонусом, особенно в первые месяцы после операции. После холецистэктомии нарушение моторной функции сфинктера Одди является одной из частых причин абдоминальных болей и диспепсических расстройств в послеоперационном периоде. Кроме того, причиной дисфункции сфинктера Одди и повышения давления в желчных протоках могут быть дуоденальная дискинезия с дуоденальной гипертензией.

Все методы лечения ДСО можно разделить на неинвазивные и инвазивные. К неинвазивным методам относят: диету с низким содержанием жира; анальгетики; нитраты; блокаторы кальциевых каналов; антихолинергические средства; миотропные спазмолитики. Инвазивные методы включают: эндоскопическую баллонную дилатацию; введение в сфинктер токсина ботулизма; установление временного катетера-стента в желчный или панкреатический проток; эндоскопическую сфинктеротомию.

Неинвазивное лечение следует начинать с назначения диеты и курса медикаментозной терапии. Диета должна включать продукты с низким содержанием жира. В пищевой рацион необходимо добавлять пищевые волокна в виде продуктов растительного происхождения (овощи, фрукты, травы) или препараты с дозированным содержанием пищевых волокон (мукофальк).

Базовая терапия должна быть направлена на снятие спазма гладкой мускулатуры сфинктера Одди. Для этой цели используют препараты со спазмолитическим эффектом. Нитроглицерин используют для быстрого купирования болей, нитросорбит – коротким курсом (для длительной терапии ДСО эти препараты не показаны, так как обладают выраженным кардиоваскулярным эффектом, поэтому возможно развитие толерантности). Антихолинергические средства блокируют мускариновые рецепторы на постсинаптических мембранах органов-мишеней и снимают мышечный спазм. В качестве спазмолитиков используют препараты красавки, метацин, платифиллин, бускопан и др. При приеме указанных препаратов могут возникать общеизвестные побочные эффекты со стороны как нервной, сердечно-сосудистой, так и пищеварительной системы. Сочетание довольно низкой эффективности с широким спектром побочных эффектов ограничивает их применение при ДСО.

Блокаторы медленных кальциевых каналов – верапамил, нифедипин, дилтиазем и др. – вызывают релаксацию гладкой мускулатуры и обладают многочисленными кардиоваскулярными эффектами, в первую очередь вазодилатирующими, поэтому не получили широкого распространения при лечении ДСО. Основные недостатки препаратов указанных групп: отсутствие селективного воздействия на сфинктер Одди; существенные различия индивидуальной эффективности при лечении ДСО; нежелательные эффекты, обусловленные воздействием на гладкую мускулатуру сосудов, мочевыделительной системы и всех отделов ЖКТ. Миотропные спазмолитики (папаверин, дротаверин – но-шпа, бенциклан – галидор, мебеверин – Дюспаталин) снижают тонус и двигательную активность гладкой мускулатуры.

Наиболее эффективным миотропным спазмолитиком является Дюспаталин (мебеверин) – антиспастический препарат, оказывающий прямое действие на гладкую мускулатуру, избирательное действие на сфинктер Одди, а также нормализующее (эукинетическое) действие на кишечник: устраняет гиперперистальтику и спазм ДПК, не вызывая при этом гипотонию. Эукинетический эффект Дюспаталина обусловлен двойным механизмом его действия. С одной стороны, он блокирует быстрые Na^+ -каналы, препятствуя деполаризации мембраны мышечной клетки и развитию спазма, с другой – блокирует наполнение Ca^{++} -депо, истощая их и ограничивая тем самым выход ионов K^+ из клетки, что препятствует развитию гипотонии.

Проведенные исследования позволили выявить ряд чрезвычайно важных отличительных особенностей действия Дюспаталина, позволяющих считать его препаратом первого выбора в терапии заболеваний с симптомами, обусловленными спастической или гипермоторной дискинезией гладкой мускулатуры пищеварительного тракта:

- быстрое наступление терапевтического эффекта (препарат начинает действовать уже через 20–30 мин после приема);
- действие однократного приема препарата сохраняется на протяжении 12 ч;

- сохранение достигнутой клинической ремиссии заболеваний в течение длительного времени после прекращения лечения (так, после окончания 8-недельного курса лечения Дюспаталином синдрома раздраженного кишечника (СРК) и функциональных расстройств билиарной системы положительный терапевтический эффект сохраняется 6 мес и более);
- хорошая переносимость, отсутствие системных действий и побочных эффектов, требующих отмены препарата.

Дюспаталин показал себя эффективным препаратом при нарушениях функции билиарного тракта. В частности, установлена его эффективность при дисфункциях желчевыводящих путей после перенесенной холецистэктомии (часто сопровождающихся гипертонией сфинктера Одди), выражающаяся в купировании болей, нормализации лабораторных и ультрасонографических показателей.

Важное свойство Дюспаталина заключается в том, что он не действует на холинергическую систему и поэтому не вызывает таких побочных эффектов, как сухость во рту, нарушение зрения, тахикардия, задержка мочи, запор, слабость. Препарат активно метаболизируется при прохождении через печень; все метаболиты быстро выводятся с мочой. Его полная экскреция происходит в течение 24 ч после приема однократной дозы. В результате мебеверин не накапливается в организме, и даже для пожилых пациентов не требуется коррекции его дозы. Дюспаталин принимают по 1 капсуле (200 мг) 2 раза в день за 20 мин до еды; курс длится от 4 до 8 нед.

Инвазивные методы лечения рекомендованы пациентам с более выраженной симптоматикой, у которых консервативная терапия не дала положительных результатов. Обычно это ДСО билиарного типа I–II, а также панкреатического типа с симптоматикой рецидивирующего идиопатического панкреатита, вызванная стенозом. Больным показаны сфинктеротомия, гидростатическая баллонная дилатация сфинктера Одди или установка стента.

Эндоскопическая баллонная дилатация и установление временных катетеров-стентов являются альтернативой иссечению сфинктера и папиллосфинктеротомии. Гидростатическая баллонная дилатация приводит к неодинаковым результатам и сопровождается определенным риском развития панкреатита при ДСО. Хотя в неконтролируемых исследованиях упоминается о положительном эффекте баллонной дилатации, действенность этого метода в лечении пациентов с ДСО пока не доказана, в настоящее время его применение ограничено.

Устанавливать временные катетеры-стенты в общий желчный или панкреатический протоки целесообразно при нерасширенных желчных протоках у пациентов, поскольку исход папиллосфинктеротомии трудно прогнозировать. Кроме того, высок риск возникновения панкреатита. Установление катетеров-стентов также нельзя считать абсолютно безопасным методом.

Относительно новый (на стадии клинического изучения) метод лечения — инъекция ботулинического токсина (ботокс в дозе 100 мышечных единиц) в большой сосочек ДПК. Через 3–9 мес эффект действия ботулинического токсина исчезает. Ботулинический токсин ведет к обратимому торможению выделения ацетилхолина в локальных двигательных нейронах, в результате чего снижается тонус сфинктера Одди. Сегодня в клинической практике данный метод пока не получил широкого распространения.

При неэффективности консервативной терапии большинство пациентов нуждаются в эндоскопической папиллосфинктеротомии. У 90% больных с I билиарным типом болезни наблюдается хороший эффект. При II билиарном типе и повышенном базальном давлении сфинктера Одди (по результатам манометрии) эффективность папиллосфинктеротомии достигает 92%.

Частота выявляемых с помощью манометрии нарушений при III билиарном типе болезни варьируема (7–55%). Положительный эффект возможен только у половины больных, а риск операции высок. Поэтому папиллосфинктеротомия при III билиарном типе практически не используют.

Больные с рецидивирующим панкреатитом, обусловленным ДСО, обычно со стенозом панкреатического сфинктера, также являются кандидатами для папиллосфинктеротомии. Однако из-за высокой частоты осложнений показания к ней при панкреатическом типе ДСО нужно ставить очень взвешенно.

Для профилактики образования желчных камней или сладжа во внепеченочной билиарной системе рекомендуют: ограничение (но не исключение) приема продуктов, содержащих холестерин (жиры животного происхождения) и жирные кислоты (жиры, прошедшие термическую обработку при температуре $>100^{\circ}\text{C}$); регулярный 4–6-кратный прием пищи; добавление в рацион пищевых волокон в виде продуктов растительного происхождения (овощи, фрукты, травы) или препаратов пищевых волокон (мукофальк); отруби можно применять в виде готовых продуктов (каши, хлеба) и патентованных препаратов; при избыточной массе тела — медленное ее снижение; при использовании низкокалорийных диет (2110 кДж/сут и менее), голодании или проведении шунтирующих операций необходимы дополнительное назначение УДКХ (урсофальк) в дозе 10 мг/кг/сут и обеспечение ежедневного эффективного стула.

Нами проведено исследование у 30 пациентов с ПХЭС и ДСО в возрасте от 30 до 65 лет, разделенных на 2 группы. Обе группы для профилактики образования камней получали урсофальк по 3 капсулы на ночь. В основной группе (ОГ; $n=20$) дополнительно назначали Дюспаталин по 200 мг 2 раза в день в течение 1 мес. Обследованные контрольной группы (КГ; $n=10$) дополнительного лечения не получали.

Согласно результатам исследования, боли в ОГ купировались на 2–3-й день от начала терапии; в КГ — на 4–5-й день, при этом потребовался дополнительный прием спазмолитических препаратов. Через 1 нед лечения болевой синдром в ОГ был купирован у 15 (75%) пациентов, в КГ — у 4 (40%). Диспепсический синдром на фоне терапии Дюспаталином в среднем исчезал на 2–3-й день лечения, на фоне только базовой терапии — на 4–5-й день. Купирование тошноты и рвоты в ОГ наблюдалось к 7-му дню лечения соответственно у 62,5 и у 64,2% больных, в КГ — у 42,8 и у 33,3%. Явления метеоризма к 7-му дню лечения уменьшились соответственно у 14 (77,7%) и 1 больного ОГ. В течение 1 мес вздутие живота было полностью купировано у пациентов ОГ, в КГ сохранялось у 2 (20%) пациентов. В ОГ не было зарегистрировано побочных эффектов и осложнений.

Исходно качество жизни больных ОГ и КГ, согласно данным визуальной аналоговой шкалы, составляло $4,5 \pm 0,2$ и $5,1 \pm 0,3$ балла соответственно. На фоне терапии Дюспаталином через 1 мес качество жизни улучшилось в ОГ на $8,5 \pm 0,4$ балла, в КГ (стандартная спазмолитическая терапия) — на $6,0 \pm 0,4$ балла ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности Дюспаталина в терапии ПХЭС.

Хронические заболевания желчевыведительной системы занимают одно из первых мест среди болезней органов пищеварения. Ведущая роль в их патогенезе отводится нарушениям двигательной-эвакуаторной функции ЖП и сфинктеров общего желчного и панкреатического протоков, а также сфинктера Одди. Особенность нейроэндокринной регуляции объединенной деятельности ЖП и сфинктера Одди способствует развитию дисфункции билиарного тракта. Поступление желчи в кишку происходит при активном сокращении стенок ЖП и одновременном расслаблении сфинктера Одди.

Диагностика функциональных расстройств желчных путей – нелегкая задача, поскольку клинические симптомы неспецифичны, а методы диагностики не отличаются высокой надежностью.

В настоящее время среди функциональных расстройств билиарного тракта принято выделять дисфункцию ЖП и ДСО. Выделение этих 2 форм важно из-за разных подходов к их диагностике и лечению. Препаратом выбора в терапии ПХЭС является Дюспаталин, терапия которым, по нашему опыту, способствует купированию болевого и диспепсического синдромов, а также улучшению качества жизни больных.

Литература

1. Агафонова Н. А., Назарбекова Р. С., Яковенко А. В., Яковенко Э. П. Эффективность мебеверина гидрохлорида в коррекции моторных нарушений кишечника // РМЖ. Болезни органов пищеварения. – 2005; 7 (2): 101–104.
2. Григорьев П. Я. Рекомендации (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения // Практикующий врач сегодня. Серия Гастроэнтерология. – 2002; 1: 3–34.
3. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулудко А. М. Желчнокаменная болезнь. – М., 2000. – С. 114–115.
4. Ильченко А. А. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта // Consilium medicum. Приложение Гастроэнтерология. – 2002; 1: 20–23.
5. Ильченко А. А., Гельмедов М. Н. Применение мебеверина гидрохлорида при билиарной патологии в условиях поликлиники // Врач. – 2003; 12: 1–2.
6. Ильченко А. А., Селезнева Э. Я. Дюспаталин (мебеверин) в купировании болей при желчнокаменной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002; 3: 2–3.
7. Колесников Л. Л. Сфинктерный аппарат человека. – СПб., 2000. – С. 99.

8. Минушкин О. Н., Елизаветина Г. А., Ардатская М. Д. Лечение функциональных расстройств кишечника и желчевыводящей системы, протекающих с абдоминальными болями и метеоризмом // Клиническая фармакология и терапия. – 2002; 1: 1–3.

9. Ноздрачев А. Д., Баженов Ю. И., Баранникова И. А. и др. Начала физиологии. – СПб.: Лань, 2001.

10. Evans P., Bak., Kellow J. Mebeverine alters small bowel motility in irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. – 1996; 10: 773.

11. Калинин А. В., Буторова Л. И. Физиологические и клинические аспекты нарушений моторики тонкой кишки. Возможности фармакологической коррекции // Клиническая перспектива гастроэнтерологии, гепатологии. – 2001; 4: 25–34.

12. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2001. – 264 с.

13. Яковенко Э. П., Яковенко А. В., Агафонова Н. А. и др. Абдоминальные боли: механизмы формирования, рациональный подход к выбору терапии // РМЖ. Болезни органов пищеварения. – 2009; 11 (2): 48–53.

14. Barbara L., Sama C., Morselli Eabate A. et al. A population study on the prevalence of gallstones disease: the Sirmione study // Hepatology. – 1987; 7: 913–917.

15. Corazziari E., Shaffer E., Hogan W. et al. Functional Disorders of the Biliary Tract and the Pancreas // Rome II. The Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology and Treatment, Second Edition, 1999 – P. 433–481.

16. Guelrud M., Siegel J. Hypertensive pancreatic duct sphincter as a cause of pancreatitis: successful treatment with hydrostatic balloon dilatation // Dig. Dis. Sci. – 1984; 29: 225–231.

17. Smith M. T. Нарушение функции сфинктера Одди. Секреты гастроэнтерологии / пер. с англ. – М., СПб: БИНОМ, Невский диалект, 1998. – С. 357–372.

BILIARY TRACT DYSFUNCTIONS AND THEIR TREATMENT

P. Seliverstov, Candidate of Medical Sciences; **T. Skvortsova**, Candidate of Medical Sciences; **L. Teterina**; **E. Chikhacheva**; **S. Sitkin**, Candidate of Medical Sciences; Professor **V. Radchenko**, MD

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg
The absence of specific clinical symptoms of functional disorders of the biliary tract makes it difficult to diagnose liver and biliary tract diseases. All treatment options for sphincter of Oddi dysfunction are divided into invasive and noninvasive ones. Duspatalin is widely used to relieve smooth muscle spasm of the sphincter of Oddi.

Key words: Duspatalin, gallbladder, sphincter of Oddi, biliary tract.