

**Современные подходы к терапии
постхолецистэктомического
синдрома.**

Кафедра гастроэнтерологии РГМУ
Агафонова Н.А.

Постхолецистэктомический синдром

У **20-40%** больных после холецистэктомии сохраняются или появляются жалобы гастроэнтерологического характера

Поражения желчных путей (хирургическая патология):

- вследствие операции
- билиарная гипертензия с холестазом и наличием воспаления (холедохолитиаз, стеноз БДС и др.)

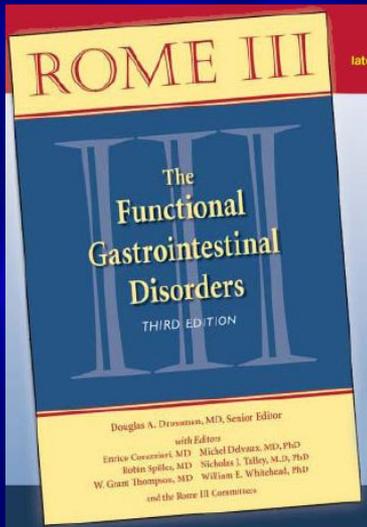
Сопутствующие заболевания ЖКТ, имеющиеся до холецистэктомии или развившиеся после нее:

- хронический панкреатит (60-65%)
- язвенная болезнь желудка и 12 ПК (30-40%)
- ГЭРБ (45-50%)
- активный гастрит (58% ассоциирован с *H. p.*), дуоденит (45-55%)
- дискинезия тонкой и/или толстой кишки (40-80%) – «СРК-подобный» синдром



Функциональные расстройства СФО-
наличие функционального расстройства сфинктера Одди при отсутствии структурных изменений билиарной системы
(Рим III., 2006 г.)

Постхолецистэктомический синдром



- Термином - **постхолецистэктомический синдром** – принято обозначать функциональное расстройство сфинктера Одди, обусловленное нарушением его сократительной функции, препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий.
- Выделяют функциональное расстройство сфинктера Одди (ФРСО) билиарного и панкреатического типа (Рим III., 2006 г.)
- ФРСО билиарного типа после холецистэктомии развивается чаще при удалении функционирующего пузыря.
- После холецистэктомии развивается **гипертонус сфинктера Одди**. В первые месяцы после операции эта патология отмечается у 85,7% больных [Иванченкова Р.А. 1987, Ильченко А.А.2004].

Диагностические тесты при заболеваниях билиарного тракта

Скрининговые

- Функциональные пробы печени, панкреатические ферменты в крови и моче
- Ультрасонография (УЗИ)
- ЭГДС с детальным осмотром зоны большого дуоденального сосочка

Уточняющие

- УЗИ с оценкой функции желчного пузыря и сфинктера Одди
- Гепатобилисцинтиграфия с ^{99m}Tc
- Эндоскопическое УЗИ
- Медикоментозные тесты (с холецистокинином)?
- Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) – наиболее точный неинвазивный метод оценки состояния билиарной
- ЭРХПГ с манометрией сфинктера Одди

Функциональные расстройства билиарного тракта сопровождаются:

- Повышением тонуса сфинктеров билиарной системы и нарушением координированного поступления желчи в двенадцатиперстную кишку - показание к назначению спазмолитиков
- Билиарной недостаточностью (показание к назначению препаратов желчных кислот)
- Дуоденальной гипертензией, обусловленной развитием избыточного бактериального роста в кишечнике и моторных расстройств – показание к назначению антибиотиков, кишечных антисептиков, про- и/или пребиотиков
- Нарушением процессов переваривания и всасывания – показание к назначению ферментной терапии («по – требованию» или заместительной терапии) - ферменты без желчных кислот
- Нарушением моторной функции желудочно-кишечного тракта (спазмолитики, прокинетики)

Принципы лечения больных, перенесших холецистэктомию

- **Цель лечения :** восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку
- **Задачи лечения:**
 - восстановить проходимость сфинктера Одди (миолитики)
 - нормализовать процессы пищеварения (ферменты)
 - адсорбировать деконъюгированные желчные кислоты (адсорбенты)
 - восполнить дефицит желчных кислот (препараты желчных кислот)
 - восстановить нормальный состав микрофлоры (антибиотики, пребиотики, пробиотики)
 - нормализовать моторику кишки (миолитики, прокинетики)

Препараты, применяемые для восстановления проходимости сфинктеров билиарной системы

1. Миотропные спазмолитики (дюспаталин, одестон, но-шпа форте, папаверин, галидор)
2. Антихолинергические средства (бускопан, гастроцепин, метацин и др.)
3. Нитраты (нитроглицерин при приступе болей, нитросорбит для курсового лечения – редко)

Патогенез СИБР и дисбактериоза при билиарной недостаточности и нарушении желчеоттока



Билиарная недостаточность:
Снижение бактерицидности в просвете кишечника
Торможение кишечной моторики
Воспалительно-деструктивные изменения эпителия кишечника
Снижение активности ферментов щеточной каймы
Повышение местных иммунных реакций в слизистой кишечника

Необходима деконтаминация!

Чем?

Усугубление билиарной недостаточности при наличии СИБР

Нарушение синтеза и/или выделения желчи

Снижение эмульгации жиров

Снижение активности липазы

Мальдигестия и мальабсорбция

**Избыточный
бактериальный
рост**

Повышение
деконъюгации
желчных кислот

Ухудшение
моторики 12-ПК и
билиарного тракта

Билиарная недостаточность

```
graph TD; A[Билиарная недостаточность] --> B[Курс деконтаминационной терапии]; A --> C[Восполнение дефицита желчных кислот (Урсофальк)];
```

Курс
деконтаминационной
терапии

Восполнение дефицита
желчных кислот
(Урсофальк)

Выбор препарата для деконтаминации кишечника у больных с патологией билиарной системы и поджелудочной железы

- При наличии папиллита:
 - Бисептол и др. 480-960мг
2р/день
 - Фуразолидон 0,1г 3р/день
 - Ципрофлоксацин 250 мг
2р/день
 - Ампициллин,
Амоксициллин 0,25г
4р/день
 - Тетрациклин 0,3-0,5г
4р/день
 - Эритромицин 0,2г 4р/день
 - Метронидазол 250мг
4р/день
- Без папиллита:
 - Эрсефурил 0,2 г
3-4р/день
 - Альфа Нормикс 200 мг
2таб. 2 р/день
 - Интетрикс 1 капс
4р/день
 - Метронидазол 250мг
4р/день

Провести 2 курса терапии продолжительностью 5-7 дней каждый, назначая последовательно любые из указанных препаратов + пребиотик (дюфалак или мукофальк или хилак форте) во время а/б терапии, далее пробиотики (бифиформ, линекс) в течение 2-х недель, далее пребиотики 1 месяц .

Билиарная недостаточность

- Восполнение дефицита желчных кислот
Урсофальк по 5-7 мг /кг массы тела в
сутки. Курсами 1-3 мес.

**Лечение : рефлюкс-гастрита,
«желчного» рефлюкс-эзофагита,
профилактика колоректального
рака у больных после
холецистэктомии.**



Принципы лечения больных, перенесших

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

- *Цель лечения* : восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку
- *Задачи лечения*:
 - восстановить проходимость сфинктера Одди: миолитики (*дюспаталин, бускопан, одестон*)
 - нормализовать моторику кишки (*дюспаталин, тримедат*)
 - восполнить дефицит желчных кислот :препараты желчных кислот (*урсофальк 5-7 мг на 1 кг массы тела*)
 - нормализовать процессы пищеварения: ферменты без желчных кислот (*креон*)
 - устранение последствий желчного дуодено-гастрального рефлюкса (*Урсофальк, антациды, мукопротекторы*)
 - восстановить нормальный состав микрофлоры: антибиотики (*альфа нормикс, ципрофлоксацин*); пребиотики (*хилак форте, дюфалак*); пробиотики (*бифиформ, линекс*)
 - профилактика колоректального рака (*Урсофальк по 5-7 мг /кг массы тела в сутки. Курсами 1-3 мес.*)

у больных
после
холецистэктомии
и

Урсофальк при ГЭРБ и рефлюкс-гастрите

- 45-50% Наиболее часто имеется рефлюкс кислым содержимым – тогда больному назначаются ИПП
- В ряде случаев имеется рефлюкс желчью:
 - при резекции желудка
 - **при дуоденальной гипертензии**
 - Токсичные гидрофобные ЖК «разъедают» слизистую пищевода и желудка
 - Типичные симптомы:
 - **горечь во рту** и окрашивание слюны в **желтый цвет**
 - В этом случае эффективен **Урсофальк**
 - **УДХК** заменяет токсичные ЖК и не разрушает клетки эпителия пищевода (по 1 капсуле на ночь (250 мг) 10-14 дней)

Холецистэктомия связана с умеренным повышением риска аденокарциномы пищевода, возможно, в связи с токсичным действием заброшенного дуоденального содержимого на слизистую пищевода.” (Freedman J et al, Gastroenterology, 2001)

