

УДК 616.366–003

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ

Халилова У.А.¹, Скворцов В.В.², Луньков М.В.²¹ ФГБОУ ВО РУДН МЗ РФ (Москва, Россия)² ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ (Волгоград, Россия)

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ODDI'S SPHINCTER DYSFUNCTION

Khalilova U. A.¹, Skvortsov V. V.², Lunkov M. V.²¹ Peoples' Friendship University of Russia (Moscow, Russia)² Volgograd State Medical University (Volgograd, Russia)

Для цитирования: Халилова У.А., Скворцов В.В., Луньков М.В. Диагностика и лечение дисфункции сфинктера Одди. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;154(6): 130–133.

For citation: Khalilova U. A., Skvortsov V. V., Lunkov M. V. Diagnosis and treatment of Oddi's sphincter dysfunction. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;154(6): 130–133.

**Скворцов
Всеволод Владимирович**
Skvortsov Vsevolod V.
vskvortsov1@ya.ru

Скворцов Всеволод Владимирович — д.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней

Луньков Максим Владимирович — подстанция скорой медицинской помощи N2 г. Волгограда; соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней

Халилова Улькар Алимйраевна — клинический ординатор

Резюме

Данная статья посвящена вопросам клинической картины, подходам к диагностике и лечению дисфункции сфинктера Одди.

Ключевые слова: сфинктер Одди, дисфункция, «билиарная боль», «панкреатическая боль», диагностика, лечение

Summary

This article is devoted to the clinical picture, approaches to diagnosis and treatment of Oddi's sphincter dysfunction.

Key words: Oddi's sphincter, dysfunction, "biliary pain", "pancreatic pain", diagnostics, treatment

Дисфункция сфинктера Одди (ДСО) – это патологическое состояние, которое проявляется частичным нарушением проходимости желчных протоков и циркуляции панкреатического сока в сфинктере Одди.

Согласно Римским критериям IY пересмотра, к ДСО относятся только доброкачественные клинические состояния, не связанные с образованием камней в желчном пузыре (некалькулезного происхождения).

ДСО подразделяется на структурную (органическую, связанную со стенозом) и функциональную, связанную с нарушением двигательной активности сфинктера. Данное клиническое состояние встречается у 7,6% мужчин и 20,7% женщин [1].

Факторы риска развития ДСО

- пол (женский)
- гормональный фон (в предменструальный период, при беременности, приеме гормональных контрацептивов),

- сахарный диабет,
- стресс,
- заболевания органов желчевыведения (печень, поджелудочная железа, двенадцатиперстная кишка – ДПК),
- нарушение иннервации и изменение секреции гастроинтестинальных гормонов в ходе операций на желудке и желчных путях (холецистокинин, мотилин, секретин, гастрин).

Классификация дисфункции сфинктера Одди по типам (Milwaukee Biliary Group) объединяет клинические признаки и результаты исследования пассажа желчи (табл. 1). Тип III показывает только функциональные нарушения, I тип – структурные изменения в области сфинктера. По данной этой классификации можно определить итог хирургического или эндоскопического лечения.

Классификация дисфункции сфинктера Одди по типам дисфункции		
Тип дискинезии	Боль «билиарного» типа	АлАТ, АсАт более по результатам 2 мес.
I	Есть	Есть
II	Есть	1–2 признака
III	Есть	Нет

Таблица.
Примечание:
АСТ – аспартатаминотранс-
фераза., АЛТ- аланинами-
нотрансфераза.

Клиническая картина дисфункции сфинктера Одди

Существует два основных клинических варианта

1. Это боль приступообразного характера, «билиарного» и/или «панкреатического» типа. Все зависит от того, какая часть мышечных волокон сфинктера Одди заинтересована в данном патологическом процессе. Продолжительность боли до нескольких часов, но иногда она может быть постоянной. Вначале боль локализуется в подложечной области, также может иррадиировать в грудную клетку и протекать под маской стенокардии; купируется нитроглицерином или другими короткодействующими нитратами в результате их расслабляющего действия на гладкомышечные клетки.

Боли появляются обычно через 2–3 ч после употребления жирной, жареной пищи, иногда в их развитии может играть роль эмоциональный стресс. Зачастую развитие атак боли может

быть без определенных триггерных факторов, особенно в ночные часы, во сне. Такие симптомы, как лихорадка, желтуха, озноб, наблюдаются редко [15].

2. Рецидивирующий идиопатический панкреатит с характерной классической картиной. В 15–72% у таких пациентов регистрируется чрезмерное повышение давления в сфинктере Одди. На высоте приступа панкреатита фиксируется двукратный и более подъем активности печеночных трансаминаз, щелочной фосфатазы, уровня билирубина. Необходимо учесть, что данные показатели особенно повышаются после 2-х и более приступов. Во время приступа по типу «панкреатической» боли возможно также кратковременное повышение активности липазы/амилазы в крови и моче [3, 4].

Диагностика ДСО

Для диагностики дисфункции сфинктера Одди существует, в частности, инвазивный провокационный тест Нарди с морфином и простигмином. При введении морфина усиливается спазм сфинктера Одди, а простигмин увеличивает секрецию

панкреатического сока. Типичный приступ боли и повышение уровня печеночных ферментов после инъекции подтверждают диагноз ДСО. Тест Нарди сейчас считается недостаточно чувствительным и специфичным [2].

Неинвазивная диагностика ДСО

При визуализации протоков и динамической гепатобилисцинтиграфии (ГБСГ) в результате временных нарушений оттока панкреатического секрета и желчи могут быть отмечены преходящее увеличение диаметра общего желчного протока (холедоха), панкреатического (вирсунгова) протока, задержка эвакуации радиофармпрепарата в 12-перстную кишку (ДПК) [14].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) может использоваться как скрининговый метод при дисфункции сфинктера Одди. В данном случае проводят стимуляцию пищей, богатой жирами (желчегонный завтрак), или введением парентерально холецистокинина или секретина. Затем каждые 15 мин в течение 1 часа при помощи УЗИ измеряют диаметр желчных протоков. Расширение холедоха после употребления жирной пищи (введения холецистокинина) на 2 мм и более указывает на нарушение эвакуации желчи, преходящее расширение панкреатического протока после введения секретина – на нарушение выведения в основном панкреатического сока [5].

Однако чувствительность и специфичность вышеперечисленного метода не являются достаточно высокими в настоящее время. Наиболее информативным представляется эндоскопическое УЗИ (ЭУЗИ) со стимуляцией секретинном. Кроме того, данное исследование может выявить микролиты и опухоли в зоне сфинктера [13].

Магнитнорезонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) со стимуляцией секретинном также относится к современным методам диагностики ДСО. Секретин увеличивает секрецию панкреатического сока и отхождение желчи, что дает хорошую визуализацию протоков. Это исследование более безопасное, чем инвазивные методы, и обеспечивает достоверное определение дисфункции II типа.

За рубежом используется балльная система для оценки результатов динамической ГБСГ (Hopkins Scintigraphic Scoring System): наличие патологии (ДСО) определяется по сумме баллов – 5 и более. Данная система имеет практически 100% чувствительность и специфичность наряду с «золотым стандартом» – данными манометрии [6].

Эндоскопические методы исследования при ДСО

Эндоскопическая. ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) прицельно рассматривает фатеров сосочек и прокрашивает протоки, но данное исследование сопровождается высоким риском осложнений (острый панкреатит встречается до 20–25% после процедуры), и недостаточно информативно. Если имеются веские подозрения на дисфункцию сфинктера Одди, то ЭРХПГ целесообразно выполнять в специализированных клиниках, где данный метод возможно дополнить ЭУЗИ, манометрией сфинктера и эндоскопическим хирургическим вмешательством [12].

Прямая эндоскопическая манометрия (ПЭМ) – золотой стандарт диагностики дисфункции сфинктера Одди. Данное исследование позволяет определить базальное давление в сфинктере (референтные значения не более 40 мм рт. ст.), а также установить периодические сокращения (в норме при сокращении давление в сфинктере не более 240. мм рт. ст., а частота сокращений составляет не более 10 в минуту). При манометрии можно также иногда зафиксировать парадоксальный ответ сфинктера на холецистокинин.

Если при «чистой дискинезии» сфинктера Одди (III тип дискинезии). более характерны тахиддия (учащенные сокращения сфинктера),

парадоксальный ответ на введение холецистокинина и эффект расслабления после введения глюкагона или нитратов, то для откровенного стеноза (I тип) типично изолированное повышение базального давления в сфинктере.

Риск осложнений при эндоскопической манометрии довольно высок. Следовательно, показания к ее выполнению должны быть строго обоснованы. Данный метод необходим для идентификации в основном диагноза дисфункции сфинктера Одди II типа.

При выявлении признаков дисфункции I типа (см. табл. 1) возможно говорить о наличии папиллярного стеноза, и при этом лечение возможно без проведения манометрии. При наличии дисфункции III типа необходимо начинать с консервативного лечения, и только при неэффективности последнего ставить вопрос о манометрии [7].

Кроме того, в клинической практике существует понятие – «рецидив панкреатита неуточненной этиологии», что возможно при дисфункции панкреатической порции мышц сфинктера Одди. При данном состоянии также есть необходимость проведения манометрии сфинктера. У 80% больных после проведения эндоскопического лечения возникает облегчение.

Лечение дисфункции сфинктера Одди

Выделяют следующие направления:

- консервативное;
- эндоскопическое;
- хирургическое.

Консервативное лечение

Это препараты, расслабляющие гладкую мускулатуру сфинктера и снижающие базальное давление в нем:

- блокаторы М-холинорецепторов (бускопан, гастроцепин, метацин);
- блокаторы кальциевых каналов (нифедипин, дилтиазем);
- нитраты пролонгированного действия (кардикет, моночинкве);
- гимекромон (синтетический аналог холецистокинина – одестон).

Необходимо отметить, что у 75% пациентов со спастическим типом дискинезии наблюдается положительный эффект от медикаментозной терапии. Параллельно необходимо назначить антисекреторные препараты для уменьшения явлений дуоденита, в некоторых случаях также психотропные препараты [8, 9].

Альтернативные методы лечения

Инъекция ботулинического токсина в дуоденальный сосочек («химическая папиллосфинктеротомия»), в результате блокады высвобождения ацетилхолина нервными окончаниями, производит временное расслабление мускулатуры,

главные задачи лечения: снижение давления в сфинктере Одди и обеспечение оттока желчи и панкреатического секрета в ДПК [11].

При неэффективности консервативной терапии рассматривается вопрос о проведении эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Папиллосфинктеротомия используется при I типе дискинезии и II типе с высоким базальным давлением в сфинктере. Эффективность ее составляет более 90%. При II типе с нормальным давлением в сфинктере и III типе ЭПСТ может проводиться только при отсутствии ответа на консервативное лечение, и ее эффективность составляет 7–55% [10].

Баллонное расширение и стентирование – сохраняет замыкательную функцию сфинктера и позволяет снизить давление в нем.

В качестве хирургического метода лечения может также реализовываться трансдуоденальная сфинктеропластика.

купируя проявления ДСО. Раздельная инъекция ботулинического токсина в билиарную или панкреатическую порцию сфинктера имеет одновременно диагностическое и лечебное значение [13].

Литература | Reference

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., ред. Гастроэнтерология: национальное руководство – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 700 с.
Ivashkin V. T., Lapina T. L., red. Gastroehnterologiya: nacional'noe rukovodstvo – M.: GEOTAR-Media, 2008. – 700 s.
2. Калинин А.В., Хазанов А.И., ред. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей. – М.: Миклош, 2007. – 600 с.
Kalinin A. V., Hazanov A. I., red. Gastroehnterologiya i gepatologiya: diagnostika i lechenie: rukovodstvo dlya vrachej. – M.: Miklosh, 2007. – 600 s.
3. Ивашкин В.Т., ред. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 182 с.
3. Ivashkin V. T., red. Klinicheskie rekomendatsii. Gastroehnterologiya – M.: GEOTAR-Media, 2008. – 182 s.
4. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Охлобыстин А.В., Буевров А.О. Наиболее распространенные заболевания желудочно-кишечного тракта и печени: справ. для практикующих врачей – М.: Литтерра, 2008. – 170 с.
Ivashkin V. T., Lapina T. L., Ohlobystin A. V., Bueverov A. O. Naibolee rasprostranennye zabolevaniya zheludочно-kishechnogo trakta i pecheni: sprav. dlya praktikuyushchih vrachej – M.: Litterra, 2008. – 170 s.
5. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение. Под редакцией А.В. Калинина, А.И. Хазанова. Руководство для врачей. Издательство МИКЛОШ. М., 2007. Gastroehnterologiya i gepatologiya. Diagnostika i lechenie. Pod redakciej A. V. Kalinina, A. I. Hazanova. Rukovodstvo dlya vrachej. Izdatel'stvo MIKLOSH. M., 2007
6. Ахмедов В.А. Практическая гастроэнтерология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 416 с.
Ahmedov V. A. Prakticheskaya gastroehnterologiya. – M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2011. 416 s.
7. Самсонов А.А. Современная терапия хронического холецистита и дискинезии желчевыводящих путей // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 6. – С. 13–17.
Samsonov A. A. Modern therapy of chronic cholecystitis and biliary dyskinesia. Russian medical journal. – 2009. – № 6. – P. 13–17.
8. Заболевания печени и желчевыводящих путей. В.Г. Радченко и соавт. – СПб.: СпецЛит, 2011. – 526 с.
Zabolevaniya pecheni i zhelchevyvodyashchih putej. V. G. Radchenko i soavt. – Spb.: SpecLit, 2011. – 526 s.
9. Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В. Клинические и ультразвуковые особенности заболеваний желчного пузыря у пациентов с дефицитом массы тела. Клиническая медицина-2014-№ 2-С.43–47
Anisimova E. V., Kozlova I. V., Volkov S. V. Clinical and ultrasound features of gallbladder diseases in patients with body weight deficit. Clinical medicine-2014-№ 2-p. 43–47
10. Селиверстов П.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение // Врач. – 2012 – N3. – С. 9–14.
Seliverstov P. V. Functional disorders of the biliary tract and their treatment // Vrach. – 2012-N3. – P. 9–14.
11. Современная терапия заболеваний органов пищеварения. В.А. Максимов и соавт. М., «Адамант», 2011.
Sovremennaya terapiya zabolevanij organov pishchevareniya. V. A. Maksimov i soavt. Moscow, «Adamant», 2011.
12. Справочник Видаль. Лекарственные препараты России. АстраФармСервис. – 2010, С.Б-1190.
Spravochnik Vidal'. Lekarstvennye preparaty Rossii. AstraFarmServis. – 2010, S.B-1190.
13. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. М., «Гэотар-Медиа», 2009.
Cimmerman YA.S. Klinicheskaya gastroehnterologiya. M., «Gehotar-Media», 2009.
14. Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В., Розумбаева Л.П. Клинико-морфологические особенности печени при желчнокаменной болезни. Астраханский медицинский журнал. 2012. Т. 7. № 3. С. 40–43.
Anisimova E. V., Kozlova I. V., Volkov S. V., Bozumbaeva L. P. Clinical and morphological features of the liver in cholelithiasis. Astrakhan medical journal. 2012. Vol. 7. No. 3. P. 40–43.
15. Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В. Особенности пищевого поведения при болезнях желчного пузыря //Фундаментальные исследования. 2012. № 7–2. С. 264–268.
Anisimova E. V., Kozlova I. V., Volkov S. V. Features of food behavior in diseases of the gallbladder //Fundamental research. 2012. No. 7–2. P. 264–268.