

*АО “Медицинский Университет Астана”
Кафедра: внутренних болезней по интернатуре*

СРС

*На тему: Иммунологические маркеры аутоиммунных заболеваний
желудочно-кишечного тракта*

*Выполнила: Амангелдиева А.
Группа: 785 ВБ
Проверила: Костина О.В.*

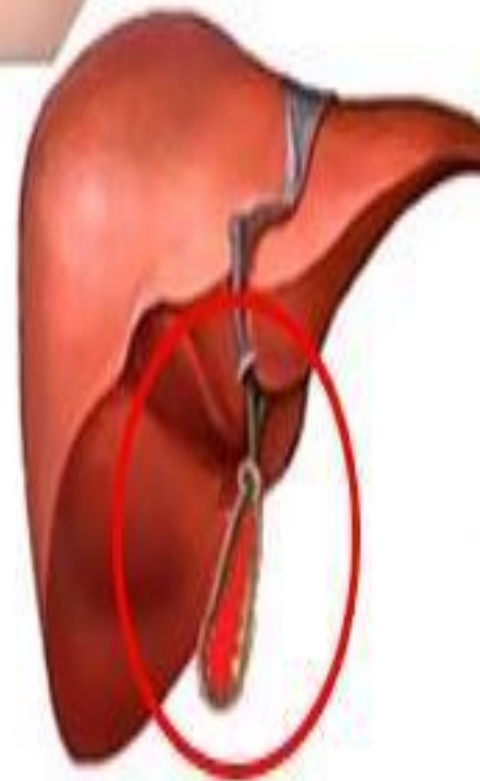
Астана-2018
г.

Дисфункция сфинктера Одди – клиническое состояние, для которого характерно частичное нарушение проходимости желчных протоков и панкреатического сока в сфинктере Одди.

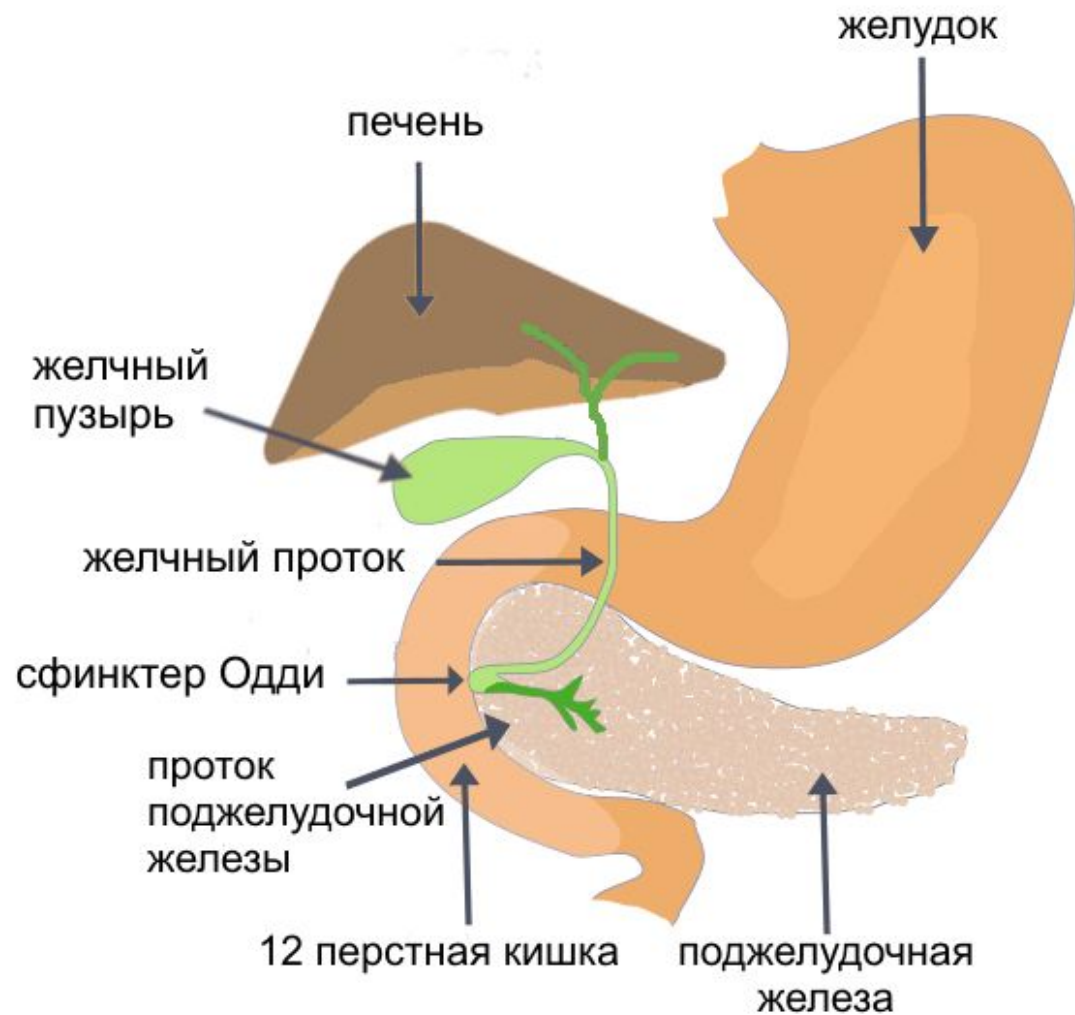
Дисфункция сфинктера Одди (ДСО) проявляется нарушением тонуса сфинктера общего желчного протока (ОЖП), главного панкреатического протока (ГПП) или общего сфинктера.

Моторная активность сфинктера Одди рефлекторно связана с активностью желчного пузыря, так как тонус сфинктера уменьшается во время сокращения желчного пузыря, что и обеспечивает координированную работу билиарной системы. Сфинктер Одди получает как симпатическую так и парасимпатическую иннервацию. Его сократительная способность увеличивается под воздействием холинергической стимуляции. Кроме того, желчный пузырь модулирует ответ сфинктера Одди на гормональную регуляцию (холецистокинин вызывает расслабление сфинктера Одди и одновременное сокращение желчного пузыря).

Нарушение моторной функции сфинктера после холецистэктомии может быть одной из причин абдоминальных болей и диспепсических явлений в послеоперационный период.



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.



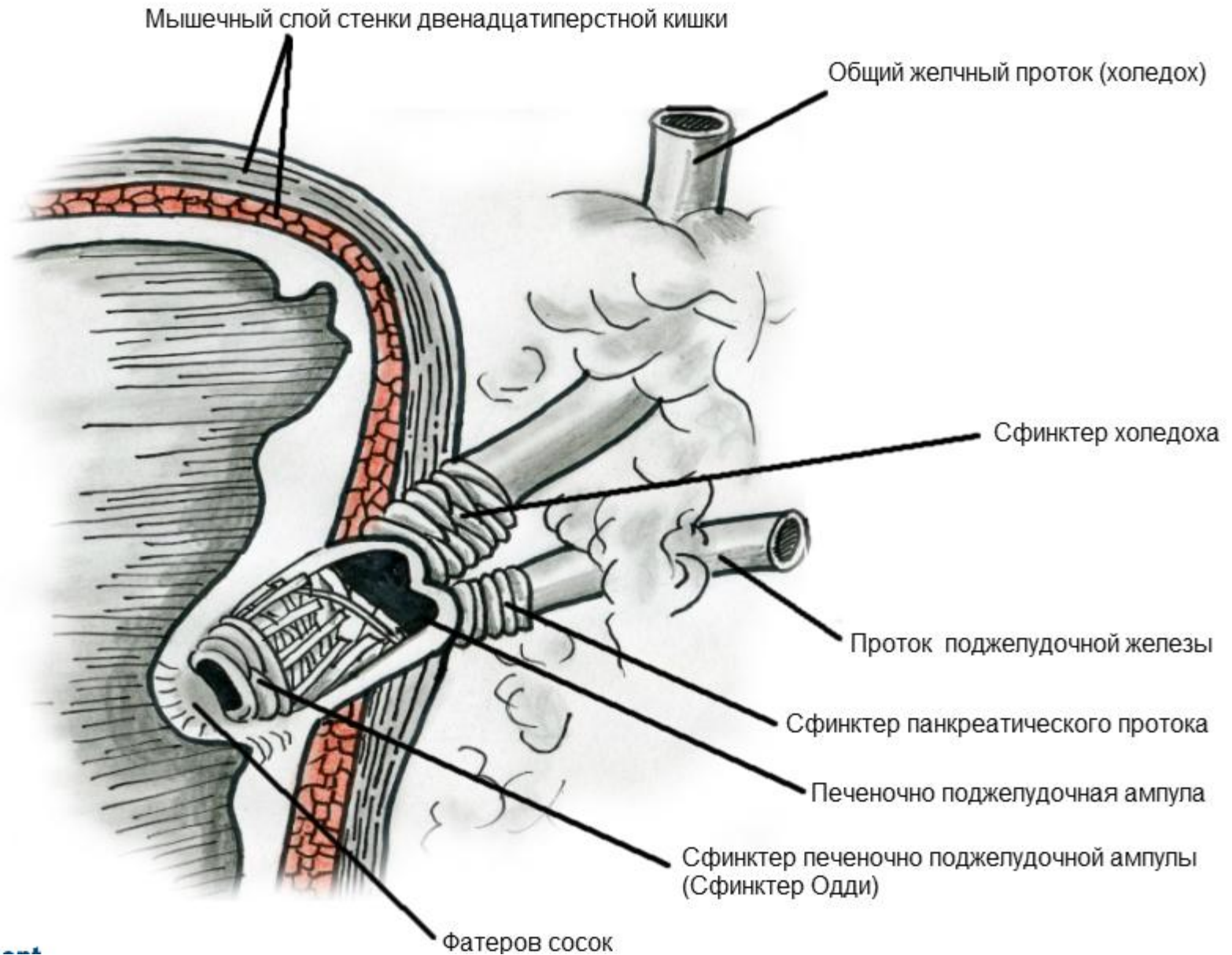
Сфинктер Одди выполняет 3 основные функции:

- регулирует ток желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку;
- предотвращает рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки в общий желчный и панкреатический протоки;
- обеспечивает накопление в желчном пузыре печеночной желчи.
- Эти функции связаны со способностью сфинктера регулировать градиент давления между системой протоков и двенадцатиперстной кишкой. Координированная сократительная активность желчного пузыря и сфинктера Одди обеспечивает наполнение желчного пузыря в период между приемами пищи.

Дисфункция сфинктера Одди

- Дисфúнкция сфúнктера Óдди (англ. sphincter of Oddi dysfunction) — заболевание (клиническое состояние), характеризующееся частичным нарушением проходимости протоков жёлчи и панкреатического сока в сфинктере Одди. К дисфункциям сфинктера Одди относят, по современным представлениям, только доброкачественные клинические состояния некалькулёзной этиологии. Может иметь как структурную (органическую) так и функциональную, связанную с нарушением двигательной активности сфинктера, природу.
- Дисфункция сфинктера Одди чаще всего она встречается у женщин среднего возраста. Дисфункция сфинктера Одди очень часто проявляется у пациентов, перенёсших холецистэктомию (удаление жёлчного пузыря). У 40–45% больных причиной жалоб являются структурные нарушения (стриктуры жёлчных путей, невыявленные камни общего жёлчного протока и другие), у 55–60% — функциональные.

Сфинктер Одди



Классификация

А. Клинически выделяют два варианта дисфункции сфинктера Одди (ДСО):

1. Билиарный - при болях, напоминающих патологию желчевыводящих путей (ЖВП).
2. Панкреатический - при симптомах, напоминающих патологию поджелудочной железы, каждый из которых делят на три клинико-лабораторных типа. Отдельные авторы выделяют еще и третий тип дисфункции - смешанный.

1. Билиарный тип. В основу диагностических критериев положены:

1.1 Приступ болей билиарного типа.

1.2 Три лабораторно-инструментальных признака:

- подъем печеночных проб (АСТ или ЩФ) в два раза и более при двукратном определении, с нормализацией в течение 48 часов;
- замедление выведения контрастных веществ при ЭРПХГ (более 45 минут);
- расширение общего желчного протока более 12 мм (исследования проводят в период приступа).

Классификация

С учетом различий в клинической картине больных с ССО подразделяют на 2 большие категории: (1) пациенты с болью **билиарного типа** (как при заболеваниях желчных путей) (большинство);

- (2) пациенты с болью, напоминающей таковую при приступе **панкреатита** (меньшая часть).

- В связи с различной этиологией и вероятностью возникновения одинаковых симптомов у пациентов обеих групп классификация дисфункции сфинктера Одди проводилась на основании клинической картины, данных лабораторных исследований и результатов, получаемых при проведении диагностической ретроградной холангиопанкреатографии, что позволило подразделить пациентов с клиническими проявлениями заболевания по билиарному типу на 3 группы.

Классификация билиарной ДСО (Milwaukee Biliary Group)

ЭРХПГ является инвазивным методом диагностики, который может иметь серьезные осложнения

(воспаление протоков поджелудочной железы или повреждение ее тканей). В связи с этим Римским консенсусом III предложена модификация, использующая неинвазивные методы оценки (УЗИ), сопряженные с меньшими опасностями.

Тип	Классическая билиарная боль	Повышение АЛТ и/или ЩФ более чем в 2 раза выше нормы	Расширение общего желчного протока (12 мм)	Замедленное выделение контраста (45 мин.) при ЭРХПГ
1	+	+	+	+
2	+	+/-	+/-	+/-
3	+	-	-	-

Этиология и патогенез

Этиология

Причиной дисфункции сфинктера Одди считают структурные нарушения (часто стеноз), или мышечную дискинезию. Мышечная дискинезия сфинктера Одди наиболее часто проявляется гипертонусом сфинктера. В первые несколько месяцев после холецистэктомии нередко наблюдается временное усиление тонуса сфинктера Одди.

Патогенез

Нарушения функции сфинктера Одди и механизм развития боли при его дисфункции заключаются в развитии спазма сфинктерных мышечных волокон и повышении давления в системе желчных протоков или протока поджелудочной железы. Конкретные факторы, обуславливающие длительные спазмы сфинктера Одди, неизвестны. Вероятно, к ним можно отнести дуоденит, воспаление вокруг или в самом большом сосочке двенадцатиперстной кишки (папиллит или фиброз). Получены данные, указывающие на особенные повреждения неадренергических-нехолинергических ингибирующих нейронов.

Эпидемиология

Признак распространенности: Распространено

Соотношение полов(м/ж): 0.5

Дисфункцию сфинктера Одди обнаруживают у 1% больных, перенесших холецистэктомию, и у 14% больных, предъявляющих жалобы, характерные для постхолецистэктомного синдрома.

Хотя истинная распространенность в популяции неизвестна, считается, что наиболее подвержены заболеванию женщины среднего возраста.

Факторы и группы риска

- женщины 30-50 лет;
- холецистэктомия;
- молодые люди, астенического телосложения, с эмоционально лабильной психикой;
- пациенты с гипотрофией.

Клинические критерии диагностики

хроническая боль в эпигастрии или правом подреберье, длительность боли более 30 минут, рецидивы боли в эпигастрии или правом подреберье, интенсивная боль в эпигастрии или правом подреберье, боль в эпигастрии или правом подреберье не уменьшается после приема антацидов, боль в эпигастрии или правом подреберье не уменьшается после дефекации, в эпигастрии или правом подреберье не уменьшается после изменения положения тела, ночная боль в эпигастрии или правом подреберье, тошнота, рвота, боль в эпигастрии или правом подреберье с иррадиацией в спину и/или правую подлопаточную область

Симптомы, течение

Общие диагностические критерии:

- боли, локализованные в эпигастрии и/или в правом верхнем квадранте живота, в сочетании со всеми следующими признаками;
- эпизоды болей продолжительностью не менее 6 месяцев до установления диагноза и проявляющиеся не менее 3 месяцев;
- продолжительность эпизодов болей 30 минут и более;
- рецидивы болей (не ежедневные);
- интенсивность болей умеренная или сильная (вплоть до госпитализации);
- боль не уменьшается после стула, при перемене положения, после приема антацидов.

Подтверждающие критерии: боли могут сочетаться с одним или более из следующих симптомов:

- тошнота или рвота;
- иррадиация в спину и/или правую подлопаточную область;
- пробуждение больного в середине ночи.

Таким образом, особенности клинической симптоматики дисфункций билиарного тракта выделяют их из всего ряда функциональной патологии, где ночная симптоматика является критерием исключения.

При панкреатическом типе дисфункции сфинктера Одди боли могут соответствовать таковым при панкреатите.

Диагностика

1. Определение в крови активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, билирубина, амилазы, липазы (см. раздел "Лабораторная диагностика").

2. Проведение морфин-простигминового теста (проба Нарди - провокационная болевая проба), провокация жирным завтраком, проба с секретинном (SecreFlo™) для панкреатического типа ДСО.

3. УЗИ в первую очередь позволяет отличить дисфункцию сфинктера Одди (ДСО) от дисфункции и других заболеваний желчного пузыря.

Также при помощи УЗИ возможна оценка размера общего желчного протока до и после провокационных проб (жирная пища). Диаметр протоков, который в норме не изменяется или уменьшается, измеряют каждые 15 минут в течение часа. Увеличение диаметра на 2 мм и более от исходного позволяет предположить частичную обструкцию.

Для оценки изменения диаметра панкреатического протока осуществляется провокационная проба с секретинном. В норме диаметр протока несколько увеличивается, однако он возвращается к исходной величине в течение 30 минут. Увеличение диаметра более чем на 2 мм после истечения 30 минут свидетельствует о нарушении его проходимости. Так же, как и в случае с общим желчным протоком, при увеличении диаметра панкреатического протока на величину более 2 мм от исходного, можно заподозрить ДСО.

4. **Динамическая гепатобилисцинтиграфия** с введением холецистокинина. Исследователями университета Джона Хопкинса разработана шкала оценки признаков ДСО (Hopkins Scintigraphic Scoring System) по чувствительности и специфичности, коррелирующая с манометрией сфинктера Одди в 100% и не обладающая побочными эффектами, свойственными инвазивной процедуре манометрии. Однако некоторые авторы считают этот метод менее информативным.

5. **ФЭГДС** позволяет исключить органические поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, оценить состояние большого дуоденального сосочка, поступление желчи.

Уточняющие

1. ЭРХПГ проводится для исключения других заболеваний поджелудочной железы и желчных путей (обструкция протока камнем, стриктуры, опухоль Фатерова соска, хронический панкреатит). При исследовании определяются диаметр протоков и скорость их опорожнения. Боль, возникающая при введении контраста, и препятствие при установке катетера не являются диагностическими признаками ДСО.

2. Манометрия сфинктера Одди. Диагностически значимый критерий - повышение уровня базального давления в сфинктере более 35-40 мм рт.ст. Отмечают следующие нарушения двигательной функции: высокочастотные фазовые сокращения (тахиддия), обширные ретроградные сокращения, парадоксальный ответ на холецистокинин.

Билиарная боль

(эпизод выраженной боли в эпигастрии или правом подреберье продолжительностью более 30 минут)

Холелитиаз исключен

Другие заболевания?
- ЭГДС

Исключены

Дисфункция желчного пузыря?

Оценка фракции
опорожнения желчного
пузыря
- УЗИ
- Холесцинтиграфия

менее 40 %

норма

Дисфункция желчного
пузыря

Диета, фармакотерапия

При
неэффективности
холецистэктомия

Билиарная боль
рецидивирует

Холелитиаз?

- УЗИ
- ЭндоУЗИ
- Микроскопическое исследование
желчи

Холелитиаз подтвержден

Лечение
- Хирургическое
- Эндоскопическое
- Фармакотерапия

Лечение

Дисфункция сфинктера Одди?

Билиарноподобный вариант
- Увеличение
аминотрансфераз, ЩФ
- Увеличение прямого
билирубина

Панкреатитоподобный
вариант
- Увеличение амилазы
- Увеличение липазы

Оценка функции сфинктера
- ЭРХПГ
- Манометрия

Дисфункция сфинктера Одди

Спазм

Фармакотерапия

Стеноз

Сфинктеротомия

Лабораторная диагностика

1. Определение в крови активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, билирубина, амилазы, липазы (желательно определение как во время приступа боли, так и в межприступный период).
2. Микроскопия пузырной желчи, полученной при РХПГ после введения холецистокинина. Определяются кристаллы холестерина или билирубината кальция и пр.

Дифференциальный диагноз

1. **Некалькулёзный холецистит** встречается в основном у мужчин старше 55 лет, а также у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (множественные травмы, повторные операции, сахарный диабет, инфаркт миокарда, полиорганная недостаточность и др.). В клинической картине доминирует основное заболевание, билиарная колика имеет стертое течение, отмечается необъяснимый сепсис. Характерны лейкоцитоз, повышение активности АСТ, АЛТ, ЩФ, концентрации билирубина в 1,5-2 раза.
2. **Постхолецистэктомический синдром** - состояния, обусловленные техническими погрешностями операции (гемобилии, травматическая рубцовая стриктура общего желчного протока, оставленная патологическая культя пузырного протока, неустранный холедохолитиаз, неликвидированный стеноз сфинктера Одди и пр.).
3. **Дисфункция желчного пузыря.**
4. **Стриктуры желчного или панкреатического протоков (стеноз желчного протока).**

Осложнения

Осложнений собственно дисфункции сфинктера Одди не описано. Некоторые авторы связывают длительно протекающий спазм сфинктера Одди с нарушением пищеварения и риском развития синдрома избыточного бактериального роста.

Осложнения в виде панкреатита и стриктур желчного протока описаны после инвазивных вмешательств (как лечебных, так и диагностических).

Терапия больных с ДСО направлена на:

- снижение болевых ощущений;
- расслабление сфинктера Одди;
- нормализацию оттока билиарного и панкреатического секрета в ДПК;
- создание гипотонии в ДПК;
- обеспечение стерильности желчи и дуоденального содержимого.

Немедикаментозное лечение

Диета с исключением жирной и острой пищи, сырого лука и чеснока, алкоголя, приправ, томатного сока, обильного приема пищи. Рекомендуют частое дробное питание (5-6 раз в день).

Изменение образа жизни: нормализация массы тела, отказ от курения, исключение чрезмерных физических нагрузок.

Медикаментозное лечение

Вопрос об эффективности консервативной терапии и выборе средств обсуждается (см выше).

Для снятия спазма гладкой мускулатуры сфинктера Одди применяют:

1. Нитраты (нитроглицерин, изосорбида динитрат) приводят к расслаблению гладкомышечных клеток посредством образования в них свободных радикалов окиси азота, которые активируют содержание цГМФ. Препараты обладают выраженными кардиоваскулярными и другими побочными эффектами, а также непригодны для продолжительной терапии вследствие развития толерантности.

2. Антихолинергические средства (метацин) рекомендуются скорее по традиции, чем на основании исследований.

3. Неселективный блокатор медленных кальциевых каналов (нифедипин) способен расслабить гладкую мускулатуру, в том числе и желчевыводящих путей, однако для этого необходим прием высоких доз. Вследствие выраженных кардиоваскулярных эффектов использование ограничено.

4. Спазмолитики (папаверин внутрь 40-60 мг, пинаверия бромид внутрь 50 мг, дротаверин внутрь 40-80 мг, мебеверин внутрь 200-400 мг 2 раза в сутки, в течение 1-2 месяцев). Задача фармакотерапии спазма сфинктера Одди состоит в выборе фармакологического средства, избирательно воздействующего на билиарную систему и вызывающего минимум побочных эффектов. Имеющиеся данные свидетельствуют, что мебеверин обладает достаточно избирательным действием в отношении сфинктера Одди.

5. Спазмолитики (желчегонные): гимекромон внутрь по 200-400 мг 3 раза в сутки перед едой, 1-2 месяца. Гимекромон оказывает избирательное спазмолитическое действие на сфинктер Одди и сфинктер желчного пузыря. Он эффективен у больных с дисфункцией желчевыводящих путей, обладает желчегонным действием, устраняет билиарную недостаточность, а также дисфункцию и гипертонус сфинктера Одди, в том числе и у больных после холецистэктомии.

Хирургическое лечение

1. **Эндоскопическая баллонная дилатация** и установка временных **катетеров-стентов** выступают как альтернатива папиллосфинктеротомии. Действенность баллонной дилатации при дисфункции сфинктера Одди в настоящее время не доказана, в связи с чем ее применение ограничено.

Метод установки временных катетеров-стентов в общий желчный или панкреатический протоки целесообразен для пациентов с нерасширенными желчными протоками. У таких больных трудно прогнозировать исход папиллосфинктеротомии и повышен риск развития панкреатита. Установка катетеров-стентов не является абсолютно безопасным методом.

2. **Введение ботулинического токсина в виде инъекций в сфинктер** уменьшает его давление, улучшает ток желчи и приносит облегчение. Лечение имеет неустойчивый эффект.

3. **Временное стентирование желчного или панкреатического протока.**

4. **Эндоскопическая сфинктеротомия** считается вмешательством выбора как при билиарном так и, в последнее время, при панкреатическом вариантах дисфункции сфинктера Одди.

Показания для сфинктеротомии:- стеноз сфинктера Одди;

- рецидивирующие панкреатиты, при которых отмечают положительный эффект от введения стента в панкреатический проток;

- отсутствие эффекта от консервативной терапии дисфункции сфинктера Одди, когда исчерпаны все медикаментозные варианты.

Источники и литература

Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Научно-практическое издание, 2008

МакНелли Питер Р. Секреты гастроэнтерологии/ перевод с англ. под редакцией проф. Апросиной З.Г., Бином, 2005

"Functional Gallbladder and Sphincter of Oddi Disorders" Jose Behar, Enrico Corazziari, Moises Guelrud, Walter Hogan, Stuart Sherman, "Gastroenterology" journal, №130, 2006

"Sphincter of Oddi Dysfunction" Abhijit Kulkarni, "Practical gastroenterology", march, 2010

"Sphincter of Oddi Dysfunction" The International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders (IFFGD)

<http://www.iffgd.org/site/gi-disorders/other/sod>

"The functional sphincter of Oddi disorder" Pop C, Purcoreanu A, Purcarea M, Andronescu D., "Journal of medicine and life", №1, apr-jun, 2008

"Дисфункция сфинктера Одди и синдром избыточного бактериального роста в кишечнике" Лялюкова Е.А., Ливзан М.А., журнал "Лечащий врач", №1, 2013

"Комплексное лечение дисфункций большого дуоденального сосочка" Воротынцев А.С., журнал "Лечащий врач", №04, 2012

"Функциональные нарушения билиарного тракта: диагностические и лечебные подходы" Ливзан М.А., журнал "Лечащий врач", №07/12

consilium-medicum.com

"Дисфункциональные расстройства билиарного тракта" Ильченко А.А., Consilium Medicum, том 4/N 1/2002 - Приложение "Болезни печени" -

"Дисфункциональные расстройства билиарного тракта" Надинская М.Ю., Справочник поликлинического врача, т. 02, №3, 2002 -