КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 34 (1714)

Функциональные расстройства желчного пузыря, сфинктера Одди и билиарная недостаточность

(Окончание. Начало в № 37 от 22.05.2013.)

Функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди

«Функциональное расстройство сфинктера Одди» – термин, используемый для обозначения расстройств моторики СО, связанных с болью, повышением в крови активности «печёночных» и «панкреатических» ферментов, дилатацией общего желчного протока или рецидивами панкреатита.

СО расположен в дуоденальном соединении желчного и панкреатического протоков, поэтому нарушение его функции вызывает расстройства функционирования билиарной системы и поджелудочной железы. СО предотвращает также рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки в общий желчный и панкреатический протоки, обеспечивает накопление желчи в желчном пузыре.

Нарушение функции СО влечёт за собой затруднение оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, что проявляется болями по билиарному типу или панкреатоподобным болевым синдромом – боль возникает в правом подреберье. Функция СО связана с его способностью регулировать градиент давления между системой протоков и двенадцатиперстной кишкой. Расстройства регуляторной роли СО может иметь как органическую, так и функциональную (нарушение двигательной активности) природу, следствием чего является нарушение оттока желчи и панкреатического сока.

Диагностические критерии функционального расстройства СО билиарного типа должны включать показатели, характеризующие функциональную активность ЖП и СО. Этот диагноз может быть поставлен при отсутствии высокой активности амилазы. Подтверждающими критериями являются: транзиторный подъём активности трансаминаз (АсАТ, АлАТ) в сыворотке крови, активности щелочной фосфатазы и/или увеличение содержания конъюгированного билирубина. Эти сдвиги по времени должны быть связаны с эпизодически повторяющимися (не менее 2 раз) билиарными болями.

С.Пиманов, Н.Силивончик (2006) предложили пересмотреть систему классификации функциональных расстройств, сделать её более приемлемой к клинической практике и ограничить показания для проведения такого агрессивного метода исследования, как ЭРХПГ. Авторы предлагают вместо ЭРХПГ применять неинвазивные методы для измерения диаметра общего желчного протока. При этом для определения времени контраста не требуется. Щадящим неинвазивным методом является УЗИ, так что на ранних этапах обследования больного с биопанкреатической патологией не требуется определять время дренирования контраста.

Клиника. Клинически функциональные расстройства СО билиарного типа проявляются интермиттирующими периодами билиарных болей, локализующихся в эпигастральной области и/или в правом подреберье. Боль, иногда опоясывающего характера, может иррадиировать в правую лопатку или в спину. Она может появляться ночью, сопровождаться тошнотой и рвотой. Возникновение боли связано с приёмом пищи.

О нарушении функции СО можно говорить (согласно критериям III Римского консенсуса), если приступы боли продолжаются более 20 минут и повторяются в течение 3 месяцев и более. Приступы могут сопровождаться подъёмом (или без такового) величин биохимических маркёров транзиторной обструкции билиарного тракта, а именно повышением активности печёночных ферментов (трансаминаз сыворотки крови, щелочной фосфатазы) или увеличением содержания конъюгированного билирубина в крови.

У большинства больных болевые приступы возникают редко, их продолжительность составляет несколько часов. В промежутках между приступами боль полностью проходит. В других случаях частота и выраженность болевых приступов увеличиваются со временем, и в межприступные периоды болевые ощущения сохраняются (Н.Силивончик, 2003; А.Шептулин, 2005; Л.Воронина, 2008).

Функциональные расстройства СО наблюдаются чаще у женщин 30-50 лет, перенёсших холецистэктомию. В зависимости от клинической картины, результатов лабораторного анализа и ЭРХПГ выделяют три типа функциональных расстройств СО билиарного типа:

1-й тип: характерный признак – боль в правом подреберье, часто с иррадиацией в правое плечо, повышение активности АсАТ, АлАТ, щелочной фосфатазы, увеличение содержания билирубина в два и более раз по сравнению с нормой (зарегистрированное в 2 или больше случаях); расширение диаметра общего желчного протока более 12 мм, замедление выведения контрастного вещества при ЭРХПГ, превышающее 45 минут. 65-95% пациентов имеют манометрическое подтверждение функционального расстройства СО по билиарному типу. Отмечается стенозирование СО. Это наиболее тяжёлый тип расстройств, поскольку расширение протока свидетельствует о стойком спазме сфинктера.

2-й тип: у пациентов болевой синдром протекает по билиарному типу. Отмечаются увеличение активности АсАТ, АлАТ и/или щелочной фсфатазы в крови в 2 и более раз при двукратном исследовании, замедление выведения контрастного вещества более чем на 45 минут (по данным ЭРХПГ). У 50-65% пациентов манометрически регистрируются функциональное расстройство СО билиарного типа, расширение общего желчного протока более 12 мм. Нарушение функции СО может быть следствием органических изменений, но не всегда.

3-й тип: боль билиарного типа возникает только периодически, отсутствуют сдвиги показателей крови, результаты инструментального обследования в пределах нормы. У 12-59% пациентов, по данным манометрического обследования, билиарная дисфункция имеет функциональный характер (С.Пиманов, Н.Силивончик, 2006).

Нарушение функции СО может быть связано с дисфункцией желчного сфинктера, билиарного сфинктера или того и другого. Функциональное расстройство СО может наблюдаться и при отсутствии патологии билиарного тракта, когда ЖП не удалён. Поскольку симптомы функциональных расстройств СО и ЖП совпадают, диагноз «функциональное расстройство сфинктера Одди» обычно ставится после холецистэктомии или, что реже, после того, как надлежащие исследования исключили патологию ЖП (нормальная фракция выброса).

Важно провести **дифференциальную диагностику** функциональных расстройств СО с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, включая ФД и СРК – при этих состояниях боль появляется ежедневно в течение короткого периода времени.

Единственный метод, который позволяет непосредственно оценить моторную функцию СО, – это манометрия. Но его нельзя широко рекомендовать, поскольку он является инвазивным и может давать осложнения, в частности панкреатит. Применение манометрии оправдано в случае невозможности поставить диагноз неинвазивным методом, поэтому для проведения манометрии пациента следует направить в специализированное отделение.

Нужно отметить, что период адаптации билиарного тракта после холецистэктомии часто сопровождается функциональными расстройствами СО.

Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа

Функциональное расстройство СО панкреатического типа характеризуется эпизодами боли, которая иррадиирует преимущественно в спину, сопровождаются повышением активности амилазы и/или липазы сыворотки крови.

Имеются сообщения о связи нарушения моторной функции СО с рецидивирующими эпизодами панкреатита. Известно также, что результатом полного расширения СО (установлено манометрически) у пациентов с дисфункцией СО является устранение симптомов панкреатита.

Диагностические критерии функциональных расстройств СО панкреатического типа должны включать: симптомы, типичные для функциональных расстройств ЖП и СО; появление эпизодических болей, схожих с болями при заболевании ЖП, но при отсутствии изменений в нём; наличие у пациентов постхолецистэктомических болей в животе; повышение активности амилазы и липазы в сыворотке крови.

В отсутствие традиционных причин развития панкреатита (камни, злоупотребление алкоголем, pancreas divisum или другая нечастая причина панкреатита) можно с большой долей вероятности ставить диагноз идиопатического рецидивирующего панкреатита.

Большинство пациентов с функциональными расстройствами сфинктера Одди, которые проявляются рецидивирующими эпизодами острого панкреатита, – женщины.

Клиника. При функциональных расстройствах СО панкреатического типа боль чаще возникает в правом подреберье и эпигастральной области, иррадиирует в спину и уменьшается при наклоне туловища вперёд.

Боль имеет интермиттирующий характер, повторяется несколько раз в году (реже – ежемесячно или еженедельно) и обычно сопровождается достоверным кратковременным повышением активности амилазы и/или липазы в сыворотке в 1,5-2 раза; содержание билирубина во время приступа может быть повышено; объективно определяется расширение панкреатического протока в головке поджелудочной железы более чем на 6 мм, а в теле – более чем на 5 мм (Р.Александрова, Г.Нутфуллина, 2007).

Диагностический алгоритм у пациентов, перенёсших холецистэктомию, при подозрении на функциональное нарушения СО (что может быть причиной болей билиарного типа) начинается с исследования биохимии печени и поджелудочной железы, а также исключения органического процесса в желчных путях и кишечнике.

Диагностическое обследование включает проведение трансабдоминального УЗИ, компьютерной томографии, эндосонографии, магниторезонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) и ЭРХПГ (в зависимости от доступных ресурсов). Если при ЭРХПГ не было выявлено структурных нарушений, то проводится манометрия СО. Неоспоримым преимуществом ЭРХПГ является то, что, помимо диагностики, ЭРХПГ позволяет выполнять различные лечебные манипуляции (баллонную дилатацию СО со сфинктеротомией или без, литотрипсию, стентирование), а также выявлять аномалии и пороки развития билиарного тракта и т.д. Вместе с тем ЭРХПГ способна провоцировать развитие тяжёлых осложнений (острый панкреатит, острый холецистит, острый гнойный холангит, кровотечение, травма холедоха), поэтому проведение этой процедуры осуществляется только по строгим показаниям (А.Ильченко, 2008).

У пациентов с жалобами на эпизодические боли, сопровождающиеся увеличением активности амилазы/липазы, необходимо исключить микролитиаз или pancreas divisum как причину панкреатита. С этой целью проводят УЗИ, компьютерную томографию, эндоскопическое УЗИ, МРХПГ, ЭРХПГ – в зависимости от клинической картины заболевания пациента и доступности ресурсов.

После исключения традиционной причины развития панкреатита у пациентов должны исследоваться биохимические показатели печени и активность панкреатических ферментов, а также проводиться инструментальное обследование – УЗИ, эндосонография и/или МРХПГ и затем ЭРХПГ с лабораторным анализом желчи и, при необходимости, манометрия СО.

Лабораторное исследование имеет диагностическое значение только в том случае, если оно проводилось во время или сразу после болевого приступа. Исследуются активность АсАТ, АлАТ, щелочной фосфатазы, содержание билирубина, характеризующих функциональное состояние печени, а также активность амилазы и липазы.

Функциональное расстройство СО может быть заподозрено у пациентов с текущим и транзиторным повышением активности ферментов печени (АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза) и поджелудочной железы (амилаза, липаза) в два и более раз во время болевого приступа, по крайней мере в двух случаях появления болей. Такая симптоматика указывает на наличие препятствия в протоках.

Инструментальное исследование. Для диагностики функциональных расстройств СО применяются неинвазивные и инвазивные методы исследования. В первую очередь используют неинвазивные методы, к которым относятся УЗИ, ЭГДС, хроматическое фракционное дуоденальное зондирование, эндоскопическая манометрия. С помощью этих методов оценивается функциональное состояние ЖП и СО.

Ультразвуковое исследование широко используется в оценке функциональ-