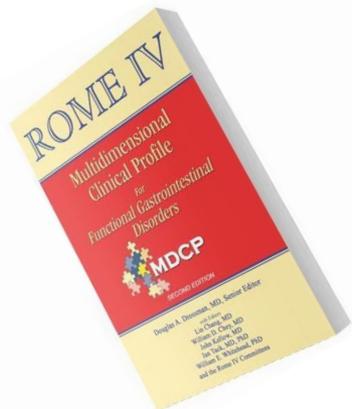


ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ДИСФУНКЦИЯ СФИНКТЕРА ОДДИ (Римский консенсус IV)



Бикбавова Г.Р.
к.м.н., доцент
ОмГМУ

Кафедра госпитальной терапии,
эндокринологии



Карл фон Лангенбух

Профессор С.П. Фёдоров в
рабочем кабинете



ИСТОРИЯ

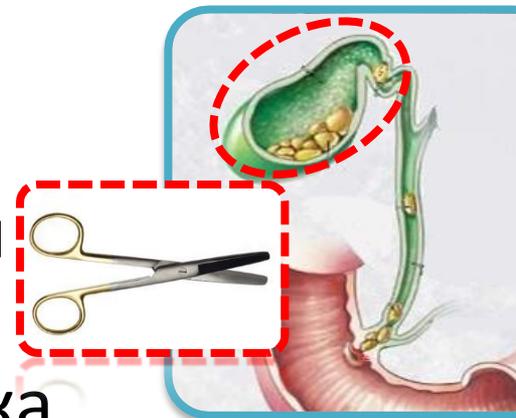
- 1882 год – первая холецистэктомия (Карл фон Лангенбух)
- За 40 лет стало очевидно, что части больных боль сохраняется, у части появляются новые ощущения
- 1926 год – фр. хирург Малли-Ги предложил термин «постхолецистэктомический синдром» в который вкладывался чисто хирургический аспект (травма во время операции, оставление длинной культи пузырного протока и др.)
- В настоящее время ПХЭС – собирательное понятие (и терапевтическое, и хирургическое)

- «Едва ли в медицине можно найти какой-либо еще синдром, который столь долго и вполне заслуженно подвергается критике, как слишком общий и неконкретный, но который, тем не менее, сохраняет свою жизнеспособность и до настоящего времени»

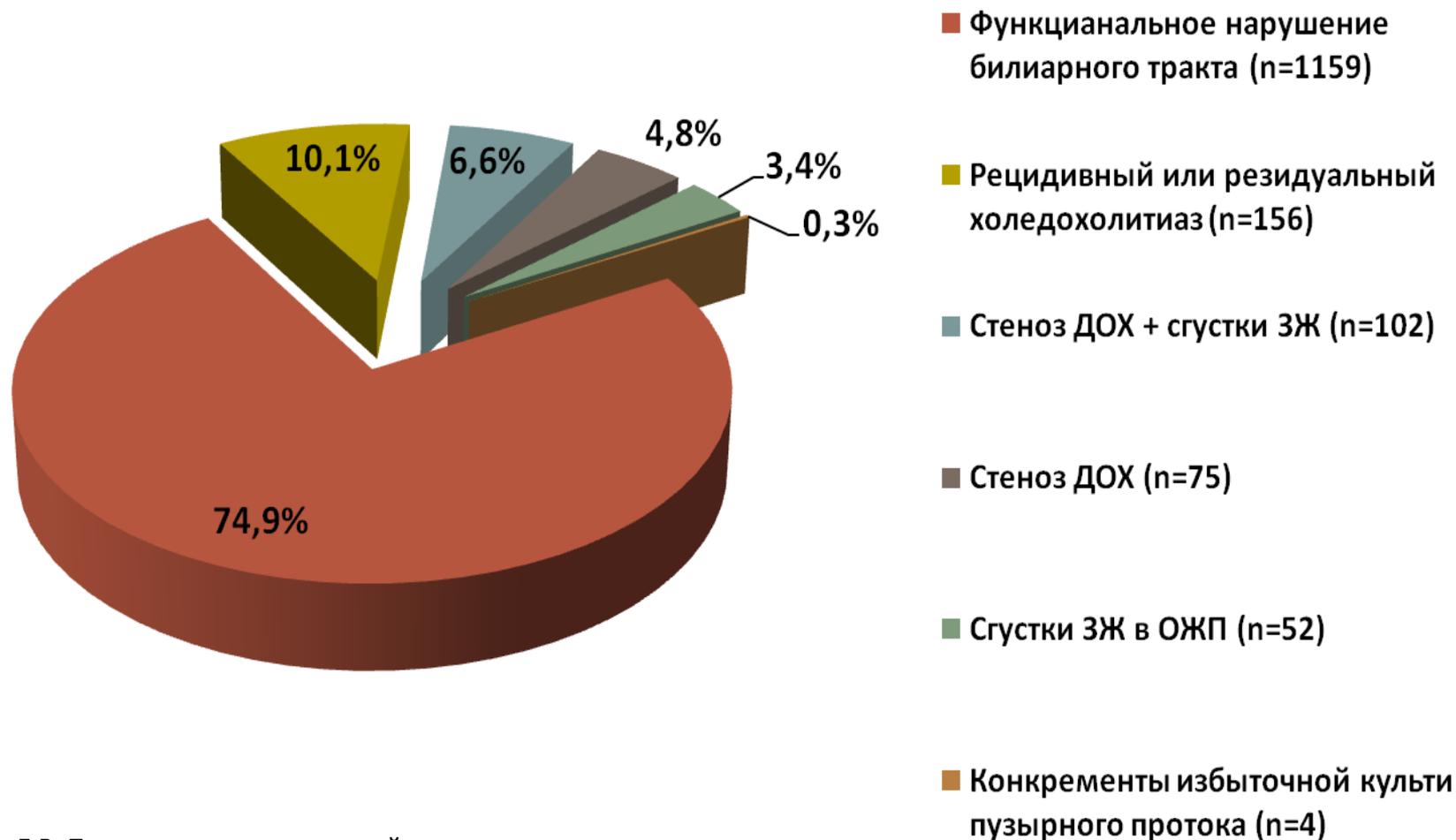
- **Ильченко Анатолий
Афанасьевич** (12.07.1946-25.07.2013) -
доктор медицинских наук, профессор, был
руководителем научно-клинического отдела
патологии желчных путей ЦНИИ
гастроэнтерологии, Заслуженный врач РФ, г.
Москва.

Причины ПХЭС (Римский консенсус IV)

- Остаточные камни холедоха
- Желудочно-кишечные расстройства, симптомы которых трактовались как проявления патологии желчных путей
- хронический панкреатит,
- функциональные заболевания желудка и кишечника
- Связанные с последствиями операции – рефлюксный гастрит, **дисфункция сф. Одди, холагенная диарея, НАЖБП, СИБР в тонкой кишке**
- Связанные с операционной травмой



Частота функциональных и органических нарушений билиарного тракта у больных с ПХЭС (n=1550)*

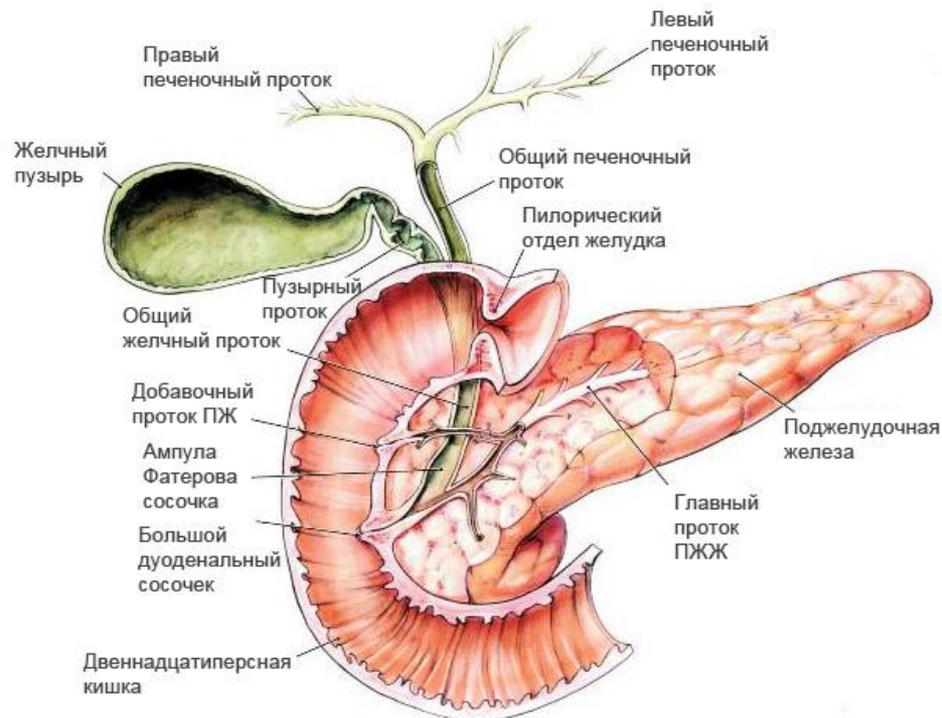


Дисфункция сфинктера Одди

- расстройство двигательной активности сфинктера с нарушением выведения желчи и/или панкреатического секрета, что сопровождается появлением **билиарной боли, повышением печеночных и панкреатических ферментов, расширением холедоха и вирсунгова протока**

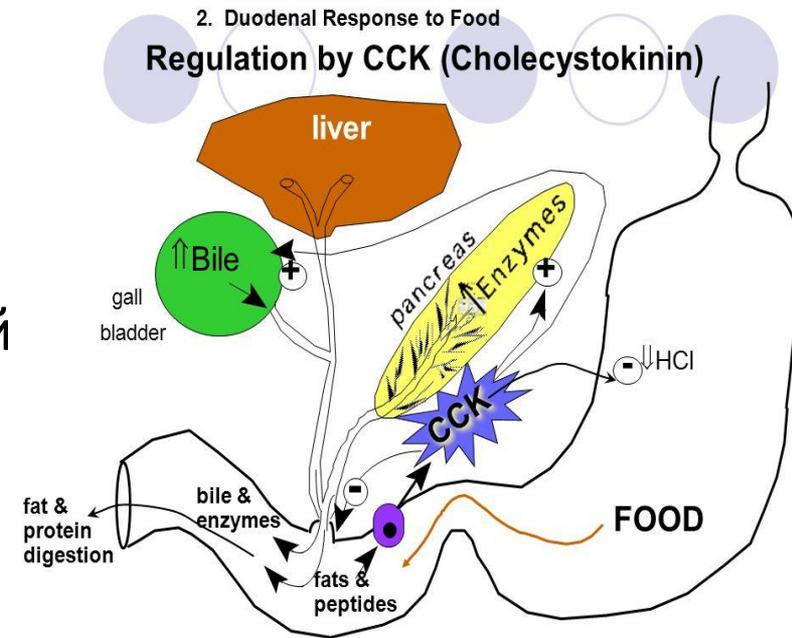
Анатомия билиарного тракта

- общий печеночный проток (образующийся от слияния правого и левого печеночных протоков)
- желчный пузырь со сфинктером Люткенса, пузырный проток
- общий желчный проток – проходит в головке поджелудочной железы и впадает в ДПК (сфинктер Одди)

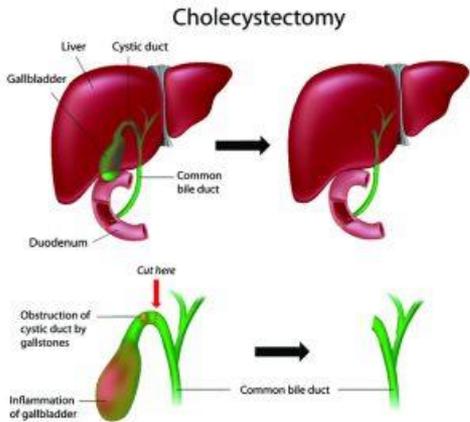


Физиология билиарной системы

- В межпищеварительный период сфинктер Одди закрыт, обеспечивается заполнение желчного пузыря
- В ответ на прием пищи из слизистой оболочки ДПК высвобождается холецистокинин, вызывающий сокращение желчного пузыря, расслабление сф. Одди, усиление холереза и поступление желчи в кишку, запуская внутрипросветное пищеварение
- В норме емкость желчного пузыря – 30-75 мл, размеры – длина 5-10 см, ширина 2-4 см



С удалением желчного пузыря вся система начинает действовать по законам патофизиологии



Патофизиология билиарной системы

- При отсутствии желчного пузыря работа сфинктера Одди зависит от градиента давления (печень, протоки, ДПК)
- При низком тонусе СО желчь постоянно сбрасывается в ДПК
- У части больных проявляется склонность к спазму, что формирует болевую симптоматику
- У части больных в разные сроки после холецистэктомии формируется СИБР в тонкой кишке, приводящий к дуоденальной гипертензии, а затем и ДГР и ГЭР

Классификация заболеваний билиарной системы

- 1. Воспалительные заболевания:** хронический некалькулёзный холецистит, холангит (бактериальный, аутоиммунный, первичный склерозирующий –ПСХ), острый холецистит
- 2. Функциональные билиарные расстройства:** Рим IV (2016 г.)
 - ✓ функциональная билиарная боль
 - ✓ функциональное расстройство желчного пузыря
 - ✓ функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди
 - ✓ функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди
- 3. Метаболические процессы с изменением свойств желчи и формированием следующих заболеваний**
 - билиарный сладж, желчнокаменная болезнь
 - холестероз желчного пузыря
- 4. Паразитарные заболевания (описторхоз и др.)**
- 5. Опухоли** (доброкачественные, злокачественные – рак желчного пузыря, сфинктера Одди)
- 6. Аномалии развития и положения желчного пузыря**

Заболевания билиарного тракта



- Дисфункция ЖП и сфинктера Одди

- Хронический бескаменный холецистит

- Бессимптомное носительство камней
- Острый и хронический калькулезный холецистит
- Отключенный ЖП



Критерии диагностики ФРСО (Римский консенсус IV)

ФРБС	ФРПС
Основные критерии	
<ol style="list-style-type: none"> 1) типичная билиарная боль; 2) отсутствие камней желчных протоков или других структурных нарушений; 3) повышение печеночных ферментов или расширенный желчный проток более 0,6 см (одно из двух, но не оба вместе) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) задокументированные повторные эпизоды атак (обострений) панкреатита (типичной боли с повышенной амилазой или липазой > 3 раза выше нормы и/или визуальные доказательства острого панкреатита (КТ, МРТ); 2) исключение других этиологий панкреатита; 3) отсутствие изменений поджелудочной железы (нормальные размеры поджелудочной железы и Вирсунгова протока), микрохолелитиаза при эндоскопическом ультразвуковом исследовании (ЭУЗИ); 4) повышенное давление панкреатического СО при манометрии
Поддерживающие критерии	
<ol style="list-style-type: none"> 1) нормальные показатели амилазы/липазы; 2) повышение уровня давления в СО при манометрии; 3) гепатобилирная скintiграфия (нормальные показатели ФВЖП); 4) холецистэктомия в анамнезе 	<ol style="list-style-type: none"> 1) нормальные показатели АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП (но могут быть повышены при сопутствующей патологии печени); 2) повышение амилазы/липазы крови, связанное по времени не менее чем с двумя эпизодами болей; 3) гепатобилирная скintiграфия (нормальные показатели ФВЖП); 4) холецистэктомия в анамнезе
Отличия от Римских критериев III (2006 г.)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Обязательным теперь является наличие повышения печеночных трансаминаз или расширения желчного протока. 2. Нормальные значения амилазы/липазы перенесены в поддерживающие критерии (может быть их повышение на фоне приступа боли). 3. Добавлено «повышение давления в СО по данным манометрии», поскольку в клинических исследованиях было показано, что наличие данного фактора может быть предиктором позитивного ответа на эндоскопическое лечение. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обязательным теперь является наличие задокументированных атак панкреатита. 2. Повышение амилазы/липазы более 3N.

Диагностические исследования, уточняющие состояние сфинктера Одди

Скрининговые

- Определение в крови трансаминаз, ЩФ, билирубина, амилазы и липазы (лабораторное исследование не позднее 6 часов после приступа боли)
- УЗИ (расширению холедоха и главного панкреатического протока)
- Гепатобилисцинтиграфия (увеличение времени транзита радиофармпрепарата от ворот печени до ДПК)
- ЭГДС

Уточняющие

- ЭРХПГ
- Манометрия сфинктера Одди

Ведение больных, перенесших холецистэктомию

- **Цель:** восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета из билиарных и панкреатических протоков в двенадцатиперстную кишку
- **Задачи:** нормализовать химический состав желчи; восстановить проходимость сфинктера Одди; восстановить нормальный состав кишечной микрофлоры; профилактика дуоденальной гипертензии

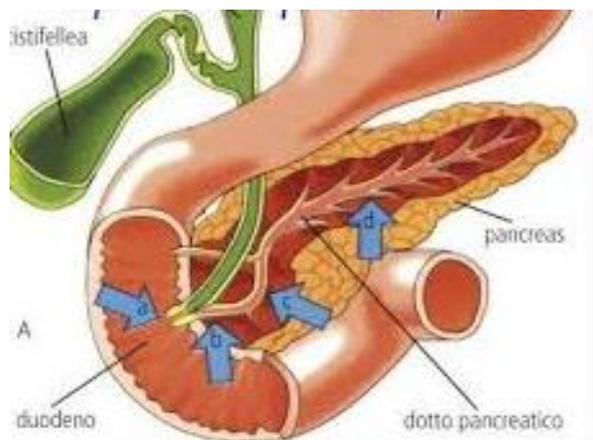
Миотропные спазмолитики

- **неселективные:** дротаверин - оказывает системное действие на все гладкомышечные ткани, применение у пациентов с дисфункциями билиарного тракта кратковременно, в основном при спастических состояниях
- **селективные:** мебеверин оказывает прямое действие на гладкую мускулатуру ЖКТ, устраняет спазм. Согласно официальной инструкции, основным показанием к применению является симптоматическое лечение боли, спазмов, дисфункции и дискомфорта в области кишечника.

Миотропные спазмолитики

- Альверина цитрат+симетикон (метеоспазмил) наряду со спазмолитическим действием устраняет избыток газа в кишечнике, поскольку для восстановления нормального оттока желчи большое значение имеет уровень давления в двенадцатиперстной кишке

Холеспазмолитики: гимекромон (аналог холецистокинина)



- **желчегонный препарат:** увеличивает образование и выделение желчи
- оказывает высокоселективное **спазмолитическое действие** в отношении желчных протоков и СО
- не снижает перистальтику ЖКТ и артериальное давление
- предотвращает кристаллизацию холестерина и, тем самым, развитие холестаза
- обладает чрезвычайно низкой токсичностью и хорошо переносится пациентами, что позволяет отпускать его без рецепта

•



Зоны распространения спазмолитического эффекта и выбор препарата

Зоны действия	Но-шпа	Папаверин	Бускопан	Мебеверин	Дицетел	Спазмомен	Гимекромон (Одестон)	Тримебутин
Желудок	-	+	++	-	+	+	-	++
Желчевыводящие пути	+++	+	++	++	++	++	++	++
Сфинктер Одди	+++	+	++	+	++	+	++++	++
Кишечник	+++	++	+	+++	++	++	-	+++
Мочевыводящие пути	+++	+	+/-	-	+/-	+/-	-	-
Матка	++	+	-	-	-	-	-	-
Сосуды	+	++	-	-	-	-	-	-

* Минушкин О.Н. Билиарная дисфункция выбор спазмолитика Гастроэнтрология Санкт-Петербурга 2013, №1, стр. 11-14

Пациентка Ш., 48 лет

- Обратилась с жалобами на тянущие боли в правом подреберье усиливающиеся после еды, горечь во рту, вздутие в животе, отрыжка воздухом.
- А.М.: 7 лет назад в плановом порядке холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. После операции пациентка соблюдала диету и не испытывала никаких беспокойств. Однако последние 3 года диету не соблюдает, прибавила 6 кг. В течение последнего года стала отмечать усиление указанные симптомы, почему и решила обратиться к врачу. Проходила УЗИ ОБП: нарушений в структуре органов не выявлено.
- Предварительный диагноз: ЖКБ. Холецистэктомия в 2011 г. ДСО по билиарному типу. СИБР в тонкой кишке (клинически).
- Назначено дополнительное комплексное лабораторно-инструментальное обследование, включая ОАК и б/х крови (ФПП, амилаза), ФГДС.
- В результате обследования выявлено: ОАК-норма, б/х: АЛТ и АСТ -1,5 нормы, ЩФ, ГГТП, билирубин, амилаза – норма. ФГДС – без структурных изменений.

Пациентка Ш., 48 лет

Задачи лечения:

1. Коррекция реологических свойств желчи

2. Восстановление моторики желчных протоков

3. Восстановление проходимости СО

4. Нормализации процессов пищеварения и всасывания

5. Восстановление нормального состава кишечной микрофлоры

6. Нормализации моторики тонкой кишки

7. Противорецидивное лечение

Пациентка Ш., 48 лет

Лечение

- **Диета** с ограничением жирного, жареного, соленого, копченого. Питаться часто небольшими порциями.
- **Коррекция реологических свойств желчи:** Хофитол по 2 т. 3 раза в день 1 месяц или УДХК 250 мг 2 капс вечером, далее повторять приём холеретиков/холекинетиков– 1-2 курса в год по 1-2 месяца
- **Восстановление моторики билиарной системы, нормализация моторики тонкой кишки:** спазмолитики курс 2 недели
- **Восстановление нормального состава микробиоты:** Рифаксимин 200мг 4 раза в день 5 дней, затем профилактика нарушений микрофлоры про- или пребиотик от 10 дней до 1 месяца

Холецистэктомия и НАЖБП

- Существуют достоверные доказательства о роли холецистэктомии в развитии и прогрессировании НАЖБП
- К группе наибольшего риска относятся молодые мужчины с метаболическим синдромом
- Вероятная причина – СИБР в тонкой кишке после холецистэктомии

