

© Дорогавцева Г. А., 2009

УДК 616.366 – 002.2: 615.244

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СФІНКТЕРА ОДДІ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ****Дорогавцева Г. А.***Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, кафедра гастроентерології, дієтології і ендоскопії, м.Київ*

**РЕЗЮМЕ:** обстежено 40 хворих із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Діагноз ГЕРХ встановлений на основі типової клінічної картини, даних фіброгастродуоденоскопії та рентгенологічного обстеження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. Дисфункція м'яза-замикача ампули (сфінктера Одді) виявлена в 29 хворих із ГЕРХ (72,5%): у 93,1% біліарного та 6,8% – панкреатичного типу. Серед пацієнтів із біліарним типом переважають хворі з гіпертонічною дисфункцією (81,4%). Дисфункція сфінктера Одді поєднується з іншими моторними розладами гастродуоденальної зони, зокрема дуодено-гастральним рефлюксом, частота якого складає (68,9%). Комплексна терапія ГЕРХ з урахуванням функціонального стану сфінктера Одді призводить до зменшення клінічних проявів поєднаної патології, відновлює моторику гастродуоденальної зони, що в цілому позитивно впливає на функцію сфінктера Одді та покращує функціональний стан печінки.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, м'яз-замикач ампули (сфінктер Одді), дисфункція

**Вступ.** У сучасній гастроентерології велика увага приділяється порушенню рухової функції шлунково-кишкового тракту. Це обумовлено тим, що різні види моторних розладів лежать в основі багатьох гастроентерологічних захворювань [5]. Серед найбільш розповсюджених можна виділити гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), функціональну диспепсію, біліарні дискінезії (дисфункція жовчного міхура та дисфункція м'яза-замикача ампули (сфінктера Одді), синдром подразненої товстої кишки. Окрім того, часто має місце поєднана патологія, причиною їх є моторні розлади. Розуміння патофізіології моторних порушень дає можливість вчасно призначити раціональну терапію, що в цілому направлено на попередження розвитку стійких органічних захворювань та їх ускладнень.

З патофізіологічної точки зору ГЕРХ є кислотозалежним захворюванням, яке розвивається на тлі первинних рухових порушень верхніх відділів травної системи [4, 7]. Особлива увага приділяється порушенню моторики шлунка та дванадцятипалої кишки. Досліджень щодо поєднання ГЕРХ та функціональних біліарних розладів небагато. У виникненні моторних порушень, значна роль відводиться дисбалансу парасимпатичної та симпатичної нервової системи. Вегетативна регуляція моторно-евакуаторної функції органів гастродуоденальної зони здійснюється за участю холін-, адрен-, дофамінергічних та інших рецепторів та месенджерів, які включають гастроінтестинальні гормони, які складають систему, яка контролює функцію шлунково-кишкового тракту в цілому [3]. Тому порушення функції гастродуоденальної системи може бути обумовлено не стільки важким органічним ураження будь-якого органу, стільки порушенням складної координації органів, які складають цю систему [2]. Виникає необхідність у комплексному дослідженні функ-

цій гастродуоденальної системи та органів, які функціонально пов'язані з нею.

**Мета дослідження** – вивчити особливості клінічного перебігу і ефективність лікування дисфункціонального стану сфінктера Одді в пацієнтів із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 40 пацієнтів з діагнозом ГЕРХ, серед них 26 (65%) чоловіків та 14 жінок (35%), середній вік яких складав  $52,4 \pm 2,6$  року. Діагноз ГЕРХ встановлювали на основі характерної клінічної симптоматики. Для визначення функціонального стану печінки та сфінктера Одді пацієнтам із ГЕРХ проведені наступні обстеження: біохімічний аналіз крові з визначенням активності аланінамінотрансферази (АЛТ), аспаратамінотрансферази (АСТ), лужної фосфатази (ЛФ), гамма-глутамілтранспептидази (ГГТП), загального та непрямого білірубину, УЗД підшлункової залози, жовчного міхура та позапечінкових жовчних проток, багатомоментне дуоденальне зондування з визначенням часу закритого сфінктера Одді, динамічну гепатобіліарну скінтіграфію. Пацієнтам проведена ендоскопічна ретроградна холецистохолангіопанкреатографія. Групою контролю (КГ) служили 11 хворих із ГЕРХ без проявів дисфункції сфінктера Одді.

У лікуванні хворих із ГЕРХ користувалися загальноприйнятою тактикою – модифікація способу життя, дотримання відповідних дієтичних рекомендацій, направлених на нормалізацію моторики гастродуоденальної зони та антисекреторна терапія. Пацієнтам із гіпертонічною дисфункцією сфінктера Одді та ГЕРХ рекомендували прийом їжі 5-6 разів на добу, невеликими порціями, у теплому вигляді, із виключенням газованих напоїв, алкоголю, спецій, холодних та гарячих страв. Додатково рекомендували збагатити раціон харчування продуктами, які містять магній, оскільки він має анти-

спастичну дію, посилює відток жовчі, сприяє нормалізації нервово-емоційного стану. Пацієнтам із гіпотонічною дискінезією сфінктера Одді призначали лікувальне харчування, направлене на покращення жовчовиділення під час прийому їжі, для запобігання дуоденальній гіпертензії, яка в свою чергу, є причиною дуодено-гастрального, дуодено-біліарно- та дуодено-панкреатичного рефлюксів. Досягалося це збільшенням у раціоні харчування продуктів, які мають холекінетичну активність [5].

Пацієнти отримували інгібітор протонної помпи, доза та тривалість прийому якого залежала від вираженості рефлюкс-езофагіту (у середньому 6-8 тижнів). Після завершення курсу терапії рекомендували прийом інгібітора протонної помпи за “вимогою”. Пацієнтам з гіпертонічним типом дисфункції сфінктера Одді призначали послідовну терапію: протягом перших 2 тижнів – для зняття спазму сфінктера Одді та нормалізації відтоку жовчі та підшлункового секрету – мебеверина гідрохлорид (добова доза 400 мг, двічі на день), далі іберогаст (рослинний препарат із прокінетичними властивостями), доза 20 крапель тричі на день, 1 міс. Пацієнтам із гіпотонічним типом дисфункції сфінктера Одді одночасно з антисекреторною терапією призначали іберогаст – 20 крапель тричі на день, 1 міс.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними ендоскопічного обстеження недостатність кардії виявлена в 29 хворих (72,5%), грижа стравохідного отвору діафрагми в 13 (32,5%), рефлюкс-езофагіт тип А – в 11 (27,5%), рефлюкс-езофагіт тип В – у 11 (27,5%) випадках.

Дисфункція сфінктера Одді була виявлена в 29 хворих (72,5%) із GERX. Серед них, біліарний тип дискінезії сфінктера Одді встановлений у 27 пацієнтів (93,1%), панкреатичний тип – у 2 хворих (6,8%). Відповідно до Римської класифікації функціональних біліарних розладів (2006), у пацієнтів із дискінезією сфінктера Одді на фоні GERX переважав біліарний тип III, який виявили в 17 пацієнтів (40,7%). Він характеризується тільки нападами біліарного болю. Пацієнтів із біліарним типом II було 8 (29,6%). У них, окрім нападів біліарного болю, спостерігалось підвищення показників печінкових проб та/або розширення загальної жовчної протоки більше 6 мм. Двоє (7,4%) хворих мали ознаки I типу біліарної дисфункції сфінктера Одді, встановленого за результатами ендоскопічної ретроградної холецистохолангіопанкреатографії.

У хворих із GERX та дисфункцією сфінктера Одді спостерігалися: печія – у 65,5% випадків (КГ – 72,7%), відрижка повітрям – у 48,2% (КГ – 36,3%), гіркота в роті – у 51,7% (КГ – 36,3%), болі в епігастрії – у 24,1% (КГ – 36,3%), болі в правій підреберній ділянці – у 79,3% (КГ – 45,4%), важкість у правій підреберній ділянці – у 65,5% (КГ – 27,2%), закрепи – у 34,4% (КГ – 27,2%), діарея – у 17,2% (КГ – 18,1%). Як бачимо, пацієнти з GERX та супутньою дисфункцією сфінктера Одді часті-

ше скаржилися на біль та важкість у правій підреберній ділянці, порівняно з КГ. Пояснити цей факт можна тим, що дистонія та дискінезія сфінктера Одді супроводжуються підвищенням внутрішньопротокового тиску та подразненням больових рецепторів, які знаходяться в м'язовій оболонці проток. При цьому виникає вісцеральний біль, інтенсивність якого прямопропорційна до швидкості наростання внутрішньопротокового тиску [6].

У пацієнтів із дисфункцією сфінктера Одді на фоні GERX виявлені наступні порушення моторики гастродуоденальної зони: дуодено-гастральний рефлюкс – у 20 хворих (68,9%), дуодено-гастроезофагеальний рефлюкс – у 6 (20,6%), спастична дискінезія дванадцятипалої кишки – у 9 (31%). У частини пацієнтів мали місце поєднані порушення моторики гастродуоденальної зони.

Для об'єктивізації функціонального стану сфінктера Одді пацієнтам із біліарним типом дискінезії сфінктера Одді (27 хворих) проведено багатомomentне дуоденальне зондування з визначенням часу закритого сфінктера Одді. Пацієнтам із I типом біліарної дисфункції сфінктера Одді дуоденальне зондування не проводили. Гіпертонічна дисфункція сфінктера Одді (час закритого сфінктера Одді більше 6 хв) виявлена в 22 пацієнтів (81,4%), гіпотонічна – (час закритого сфінктера Одді менший 3 хв) спостерігалась у 5 хворих (18,5%). Серед пацієнтів із гіпотонічною дисфункцією сфінктера Одді, троє були після холецистектомії, двом із них проведена папілосфінктеротомія з приводу холедохолітіазу.

Ефективність терапії оцінювали через 1,5 міс на підставі ретельного опитування хворих, оцінки показників функціонального стану печінки, результатів багатомomentного дуоденального зондування з визначенням часу закритого сфінктера Одді, ендоскопічного дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. У динаміці клінічної картини на фоні лікування спостерігали: зменшення проявів печії від 62,9% (до лікування) до 18,5% (після лікування), відрижки повітрям – від 51,8% до 11,1%, гіркоти в роті – від 55,5% до 18,5%, болі в епігастрії – від 25,9% до 3,7%, болі в правій підреберній ділянці – від 77,7% до 7,4%, важкості в правій підреберній ділянці – від 70,3% до 44,4%, закрепи – від 34,4% до 6,8%, діареї – від 17,2% до 6,8%. Збереження ознак важкості у правому підребір'ї після лікування можна пояснити супутньою патологією жовчовивідної системи та печінки, які потребують дообстеження та відповідної медикаментозної корекції.

Функціональний стан печінки в пацієнтів із GERX та гіпертонічним типом дисфункції сфінктера Одді поліпшився. Активність АЛТ у цих пацієнтів зменшилася від  $57,50 \pm 15,24$  од/л до  $31,56 \pm 2,90$  од/л ( $p < 0,05$ ), АСТ – від  $45,03 \pm 11,95$  од/л до  $27,42 \pm 2,68$  од/л ( $p < 0,05$ ), ЛФ – від  $318,69 \pm 33,22$  од/л до  $243,92 \pm 17,74$  од/л ( $p < 0,05$ ), ГГТП – від  $95,69 \pm 20,96$  г/л до  $59,50 \pm 2,44$  г/л ( $p < 0,05$ ), вміст

загального білірубіну – від  $22,49 \pm 2,44$  мкмоль/л до  $15,83 \pm 0,77$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), непрямого білірубіну – від  $17,61 \pm 0,90$  мкмоль/л до  $15,65 \pm 0,67$  мкмоль/л ( $p > 0,05$ ). Тобто, вірогідно зменшилися маркери холестазу – ГГТП та ЛФ, загального білірубіну, що опосередковано свідчить про покращення відтоку жовчі.

За результатами УЗД дослідження спостерігалось зменшення діаметра спільної жовчної протоки від  $7,15 \pm 0,55$  мм, до  $5,70 \pm 0,24$  мм (після лікування,  $p < 0,05$ ). Тривалість закритого сфінктера Одді при багатомоментному дуоденальному зондуванні до та після лікування склала відповідно  $7,53 \pm 0,58$  хв. та  $5,29 \pm 0,51$  хв ( $p < 0,05$ ).

Показники функціонального стану печінки в пацієнтів із GERX та гіпотонічним типом дисфункції сфінктера Одді зменшилися невірогідно, оскільки їх відхилення у хворих до лікування не мали значної вираженості від таких у здорових осіб.

Діаметр загальної жовчної протоки за результатами УЗД на фоні терапії достовірно не змінився ( $p > 0,05$ ) та склав до і після лікування відповідно:  $8,2 \pm 0,4$  мм та  $7,1 \pm 0,3$  мм. Водночас спостерігалась тенденція до його нормалізації, що свідчить про зменшення проявів біліарної гіпертензії та покращення відтоку жовчі в ДПК. Не відбулося нормалізації часу закритого сфінктера Одді за результатами багатомоментного дуоденального зондування, який свідчить про тонус сфінктера Одді. До та після лікування він склав відповідно  $1,84 \pm 0,1$  хв та  $2,08 \pm 0,1$  хв ( $p > 0,05$ ).

## ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусов С.С. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь и дуоденогастральный рефлюкс / С.С.Белоусов, С.В.Муратов, А.М.Ахмад. – Н.Новгород: Нижегородская гос. академия, 2005. -120с.
2. Вишневская В.В. Изучение моторной функции желчевывделительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта / В.В.Вишневская, И.Д.Лоранская // Фарматека. – 2006. – № 1. – С. 1-5
3. Колісник С.П. Гастроэзофагальная рефлюксная хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики / С.П.Колісник, В.М. Чернобровий // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 1 (27). – С. 93 -97.
4. Трухманов А.С. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение / А.С.Трухманов // Рос. мед. журнал. – 2001. – Т.3,№1. – С. 19-24.
5. Харченко Н.В. Дієтотерапія при захворюваннях печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози / Н.В.Харченко // Методичні рекомендації. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2008. – 168с.
6. Шептулин А.А. Диагностика и лечение нарушений моторики желудочно-кишечного тракта. [www.kuban.su/medicine/shm/baza/razno/motor.htm](http://www.kuban.su/medicine/shm/baza/razno/motor.htm).
7. Corazzari B.E. Functional gallbladder and sphincter of Oddi disorders / B.E. Corazzari, M. Guelrud, W. Hogan [et al.] // – Gastroenterology. – 2006. - Vol.130. – P.1498-1509.

## SUMMARY

### ODDI'S SPHINCTER FUNCTIONAL STATE AGAINST THE BACKGROUND OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

**Dorogavtseva A.A.**

There have been examined 40 patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). GERD has been diagnosed on the basis of the clinical picture, FGDS data and X-ray examination of esophagus, stomach, duodenum. Oddi's sphincter dysfunction has been detected in 29 cases (72,5%) among them there are 27 cases (93,1%) with biliary type and 2 cases (6,8%) with pancreatic type. The hypertonus of Oddi's sphincter prevails in 81,4% cases among the patients with biliary type. The main disturbance of the motility of gastroduodenal zone in case of combined pathology is duodenogastric reflux which rate consists of 20 cases (68,9%). Complex treatment of GERD with taking into account Oddi's sphincter functional state, furthers the decrease in number of clinical presentations of the combined pathology, the normalization of the liver functional state, the improvement of gastroduodenal zone motility; and as a whole it positively effects the function of biliary pancreatic sphincter.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, Oddi's sphincter, dysfunction

Ознаки рефлюкс-езофагіту типу А зберігались у 2 (7,4%, до лікування – 29,6%), пацієнтів, яким рекомендовано продовжити прийом інгібітора протонної помпи в режимі “за вимогою” з динамічним ендоскопічним контролем. Порушення моторики, а саме дуодено-гастральний рефлюкс та спастична дискінезія ДПК зафіксовані в 6 (20,6%, до лікування – 66,6 %) та в 2 (5,0%, до лікування – 31,0%) випадках відповідно. Ретельне додаткове обстеження цих пацієнтів дозволило встановити супутній психопатологічний розлад, як причину порушення центральної регуляції моторики гастродуоденальної зони, та призначити відповідну терапію.

**Висновки.** 1. Дисфункція м'яза-замикача ампули (сфінктера Одді) на фоні GERX трапляється в 72,5% випадках. 2. Переважний вид порушення функціонального стану сфінктера Одді – гіпертонічна дисфункція, частота якого складає 81,4%. 3. Комплексна терапія GERX з урахуванням функціонального стану сфінктера Одді приводить до зменшення клінічних проявів GERX та дисфункції сфінктера Одді, відновлення моторики гастродуоденальної зони, що в цілому позитивно впливає на функцію біліарно-панкреатичного сфінктера та покращує функціональний стан печінки.

**Перспективи подальших досліджень.** Встановлені факти особливостей клінічного перебігу GERX із дисфункціональними проявами м'яза-замикача ампули (сфінктера Одді) потребують подальшого дослідження і вдосконалення лікування з метою поліпшення стану хворих.