



Н.В. Харченко, Г.А. Дорогавцева

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Підходи до лікування хворих з дисфункцією сфінктера Одді

Ключові слова

Дисфункція сфінктера Одді, типи дисфункції сфінктера Одді, медикаментозне та ендоскопічне лікування, дієтотерапія.

Дисфункція сфінктера Одді — патологічний стан, який характеризується порушенням відпливу жовчі та секрету підшлункової залози в дванадцятипалу кишку на рівні сфінктера Одді. Вперше поняття та критерії дисфункції сфінктера Одді було визначено в 1994 р. у рамках Міжнародного робочого комітету з функціональних захворювань органів травлення [13]. Дисфункція сфінктера Одді може бути зумовлена м'язовою дискінезією сфінктера або поєднуватися з його органічним ураженням у вигляді стенозуючого папіліту. Більшість авторів розглядають дисфункцію сфінктера Одді як причину рецидивуючого болю у пацієнтів після холецистектомії, водночас вони не припускають її існування при інтактному жовчному міхурі [6, 9, 16]. Дисфункція сфінктера Одді, підтверджена за допомогою манометрії, спостерігається відносно рідко. Її виявляють у 1–1,5 % випадків після холецистектомії та в 14 % хворих з ПХЕС. Частота дисфункції сфінктера Одді у хворих з ідіопатичним рецидивуючим панкреатитом становить 39–90 % [23].

На підставі результатів манометрії порушення функції сфінктера Одді можна поділити на розлад тонусу СО (дистонія) та моторної активності (дискінезія).

Більше клінічне значення має розлад тонусу (дистонія) сфінктера Одді. Це можуть бути:

- гіпертонус — стійке підвищення базального тиску понад 35 мм рт. ст.;
- гіпотонус — стійке зниження рівня базального тиску менше за 12 мм рт. ст.

Також виділяють недостатність сфінктера Одді, яка розвивається внаслідок папілосфінктеротомії і є причиною дуодено-біліарно-панкреатич-

них рефлюксів, пневмобілії, гострого холангіту та гострого панкреатиту [22, 28].

Діагностичні критерії (Римський консенсус III, 2006) стосуються лише гіпертонічної дисфункції сфінктера Одді, переважно у пацієнтів після холецистектомії. Згідно з ними виділяють біліарний та панкреатичний типи порушення.

Біліарний тип дисфункції сфінктера Одді

Біліарний тип I виявляється підвищенням рівня білірубіну або лужної фосфатази понад удвічі, що тимчасово пов'язане із двома епізодами болю; розширенням загальної жовчної протоки на понад 8 мм (за даними УЗД). У 75–90 % пацієнтів з біліарним типом I реєструють патологічні манометричні показники, що переважно зумовлено структурними змінами сфінктера Одді (стеноз сфінктера Одді).

Біліарний тип II характеризується біліарним типом болю та одним з двох додаткових критеріїв. У 50–63 % пацієнтів реєструють патологічні манометричні показники. В цій групі слід проводити ретельну диференційовану діагностику між органічним та функціональним ураженнями сфінктера Одді.

Біліарний тип III виявляється тільки з біліарним типом болю, без додаткових критеріїв. У 12–59 % таких хворих манометрично підтверджена дисфункція СО.

Розроблена класифікація панкреатичної дисфункції, однак вона має менше практичне значення.

Панкреатичний тип дисфункції сфінктера Одді

Панкреатичний тип I: біль панкреатичного характеру, підвищення рівнів амілази або ліпази в

2 рази та більше, розширення головної панкреатичної протоки понад 6 мм у головці та 5 мм у тілі підшлункової залози.

Панкреатичний тип II: біль панкреатичного типу та один із двох додаткових критеріїв (підвищення рівня амілази або розширення панкреатичної протоки).

Панкреатичний тип III: біль панкреатичного характеру.

Дисфункція сфінктера Одді (ДСО) знижує якість життя пацієнтів, стає причиною частого звертання по медичну допомогу та тимчасової непрацездатності [27].

Метою лікування ДСО є відновлення плинності жовчі та панкреатичного секрету в дванадцятипалі кишки. Її досягають медикаментозним або ендоскопічним шляхом та дієтотерапією. Окрім того, медикаментозна терапія і лікувальне харчування спрямовані на корекцію хімічного складу жовчі, моторики гастродуоденальної зони, складу мікрофлори, в тому числі й проксимального відділу тонкої кишки, тобто тих чинників, які можуть спричинити дисфункцію сфінктера Одді та посилювати її вияви.

Медикаментозне лікування проводять пацієнтам з біліарним типом дисфункції сфінктера Одді II та III, за класифікацією Hogan-Geenen. Лікування передбачає призначення спазмолітичних засобів, антагоністів кальцію та нітратів. Короткотривалі плацебоконтрольовані дослідження засвідчили ефективність перорального застосування вказаних препаратів у 75 % випадках при гіпертонічній дисфункції.

Антихолінергічні спазмолітичні препарати блокують мускаринові рецептори на постсинаптичних мембранах органів-мішеней, знімаючи спазм м'язів. Розрізняють неселективні (препарати красавки, «Атропін», «Метацін», «Бускопан», «Платифілін») та селективні («Гастроцепін») препарати. Поєднання низької ефективності та широкого спектра побічних ефектів обмежують їхнє застосування, особливо при дисфункції сфінктера Одді. Найефективнішим селективним міотропним спазмолітиком є мебеверин. Він нормалізує релаксацію сфінктера Одді, запобігаючи його гіпо- та атонії. Мебеверин призначають двічі на добу по 200 мг за 20 хв до їди протягом 3 тиж.

Сублінгвальний прийом *блокаторів кальцієвих каналів*, а саме ніфедипіну, ефективний у 75 % пацієнтів з біліарною дисфункцією типу II, оскільки він зумовлює релаксацію сфінктера Одді. Але препарати цієї групи мають численні кардіоваскулярні ефекти, зокрема зумовлюють вазодилатацією, в зв'язку з чим мають обмежене застосу-

вання. До антагоністів кальцію, які селективно діють на м'язи травного каналу, належить пінаверій бромід. Він вибірково блокує потенціалозалежні кальцієві канали L-типу в клітинах гладеньких м'язів кишечника та жовчовивідних шляхів, зменшуючи потік іонів кальцію в клітину, і запобігає надмірному скороченню сфінктера Одді та м'язів кишечника. Препарат призначають по 50 мг тричі на добу протягом 2–3 тиж.

Системне застосування *нітратів* гальмує рухову активність сфінктера Одді, але зумовлює зниження артеріального тиску. Місцеве застосування ізосорбиду динітрату під час проведення ЕРХПГ призводить до повного блокування скоротливої здатності сфінктера Одді. Нітрогліцерин застосовують для швидкого купірування болю, нітросорбід — для курсового лікування. Але через кардіоваскулярні ефекти та розвиток толерантності їх не рекомендують для тривалої терапії при дисфункції сфінктера Одді.

У разі неефективності спазмолітичної терапії іноді призначають *протизапальні препарати*. Найефективніший з них — «Анальгін», який володіє протизапальною активністю та знижує тонус сфінктера Одді. Комплексна терапія ДСО на тлі стенозуючого папіліту передбачає призначення антибактеріальних, антисекреторних та селективних спазмолітичних препаратів.

Лікарські засоби, які впливають на тонус сфінктера Одді, мають і недоліки, а саме:

- істотну індивідуальну різницю в ефективності при ДСО;
- брак селективного впливу на сфінктерний апарат сосочка дванадцятипалої кишки;
- побічні ефекти;
- неефективність при органічній причині ДСО.

До того ж бракує досліджень щодо ефективності тривалої терапії.

Ендоскопічне лікування передбачає проведення папілосфінктеротомії, балонної дилатації сосочка дванадцятипалої кишки, введення ботулотоксину. На сьогодні ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) — стандарт терапії дисфункції сфінктера Одді I типу. Ефективність її сягає майже 95 % [17]. Також вона ефективніша при біліарному типі дисфункції порівняно з ідіопатичним рецидивуючим панкреатитом. Ефективність балонної дилатації та введення ботулотоксину в сосочок дванадцятипалої кишки при ДСО на стадії вивчення. Але очевидно, що вони мають перевагу над ЕПСТ передусім за рахунок збереження анатомо-функціональної цілісності та можуть бути методом лікування в разі високого ризику кровотечі, складної анатомії ділянки сосочка дванадцятипалої кишки, поширених

стриктурах термінальних відділів проток, коли ризик перфорації під час ЕПСТ дуже високий.

Для профілактики *мікролітазу* потрібна корекція хімічного складу жовчі, якої досягають призначенням гіпохолестеринемічної дієти. Суть її полягає в обмеженні жирів та продуктів, багатих на холестерин, за фізіологічної норми білків та вуглеводів. Також вилучають продукти, багаті на екстрактивні, азотисті речовини, пурини, щавлеву кислоту, ефірні олії, продукти окиснення жирних кислот, які виникають у процесі смаження. Раціон повинен містити багато клітковини, пектинів, рідини, ліпотропних речовин (метіонін, холін, інозит, біотин), харчових волокон, які мають біфідумгенні властивості й сприяють нормалізації мікрофлори кишечника.

Одночасне призначення препаратів урсодезоксихолевої кислоти по 10–15 мг/кг сприяє нормалізації хімізму жовчі [9]. У разі тривалого перорального застосування урсодезоксихолевої кислоти зменшує концентрацію холестерину в жовчі шляхом гальмування його абсорбції в кишечнику. Також блокує синтез ендогенного холестерину за рахунок зниження активності ферментних систем, зокрема гідроксиметилглутарил-коензим А редуктази, має помірний холеретичний ефект (індукує гідрокарбонатний холерез). Термін лікування — від 6 міс до 2 років.

Нормалізації *моторики* гастродуоденальної зони досягають призначенням відповідного режиму харчування. Прямий вплив на моторику мають прокінетичні препарати, які запобігають розвитку дуоденогастрального, гастро-езофагеального та дуодено-гастро-езофагеального рефлюксів, підвищують тонус сфінктера Одді. Провідним препаратом цієї групи є домперидон. Цей селективний блокатор периферійних допамінових рецепторів не проникає через гематоенцефалічний бар'єр, тому має менше побічних впливів. Перспективним є використання ітоприду гідрохлориду та іберогасту.

Важливе значення при патології сфінктера Одді має диференційована дієтотерапія з урахуванням типу та виду ДСО. Це дає змогу підвищити якість життя пацієнтів, запобігти загостренням, знизити ризик ускладнень.

Пацієнтам з біліарним типом ДСО рекомендують повноцінне, збалансоване за основними нутрієнтами харчування, яке відповідає потребам організму та фізичній активності. За надмірної маси тіла обмежують енергетичну цінність за рахунок вуглеводів та жирів. У разі помірної фізичної активності квота вуглеводів має становити: за нормальної маси тіла — не більше 5 г/кг, за надмірної — не більше 3–4 г/кг. Більша частина вуг-

леводів має надходити за рахунок полісахаридів (крохмаль та харчові волокна). Пацієнтам з надмірною масою тіла квоту легкозасвоюваних вуглеводів зменшують, а в раціоні мають переважати продукти з низьким глікемічним індексом. Добова кількість жиру для пацієнтів з нормальною масою тіла та помірною фізичною активністю становить 90–120 г. Кількість жиру зменшують у разі ожиріння, хронічного панкреатиту, а також у літніх людей. Рекомендовано уникати рафінованих, гідрогенізованих жирів та продуктів, багатих на ці жири, не вживати смаженого. Квота білка має становити від 1 г/кг маси тіла у пацієнтів літнього віку до 1,5–1,8 г/кг у молодих. При цьому перевагу слід надавати білим сортам м'яса, риби, яєчному та молочному білку.

Незалежно від типу біліарної дисфункції пацієнтам рекомендують приймати їжу в теплому вигляді, часто невеликими порціями. Це сприяє ліквідації дуоденальної гіпертензії, застійних явищ у позапечінкових жовчних протоках та/або в жовчному міхурі. Має значення спокійне психоемоційне середовище під час їди.

Під час загострення хвороби пацієнтам з гіпертонічним типом біліарної дисфункції рекомендовано дієту, яка містить 90–100 г білка та 250–300 г вуглеводів. Кількість жирів обмежена до 50–60 г на добу, оскільки вони стимулюють жовчовиділення і можуть провокувати напади біліарного болю. Разом із тим повне вилучення жирів із раціону або споживання їх менш ніж 30 г на добу веде до стазу жовчі в жовчному міхурі та/або в позапечінкових жовчних протоках і може бути передумовою каменетворення. Рекомендована енергетична цінність дієти — 2000–2100 ккал. Вилучають продукти, багаті на холестерин, грубу рослинну клітковину, яка посилює симптоми бродильної кишкової диспепсії, екстрактивні речовини. Споживають переважно продукти у вареному вигляді. М'ясо та рибу доцільно давати перетертими. Обмежують кількість овочевих страв, готують їх у вигляді пюре. Фрукти — у вигляді пюре, компотів або киселів, яблука — печені. Вилучають холодні страви.

Наводимо приклади меню, які ми використовували під час лікування 48 хворих з гіпер- та гіпотонусом сфінктера Одді.

Одноденне меню в разі гіпертонічного типу дисфункції сфінктера Одді

Перший сніданок

Білковий омлет паровий — 100 г, пшоняна молочна каша — 1/2 порції, чай.

Другий сніданок

М'який сир — 100 г, відвар шипшини.

Обід

Суп вівсяний з овочами протертій — 1/2 порції, суфле з вареного м'яса парове — 100 г, морквяне пюре — 100 г, фруктове желе — 100 г.

Підвечірок

Печене яблуко — 100 г.

Вечеря

Риба варена — 100 г, картопляне пюре — 1/2 порції, чай.

На ніч

Кефір або кисіль.

На увесь день

Хліб з пшеничного борошна вищого ґатунку — 200 г, цукор — 30 г.

Таку діету призначають до тамування болю та зняття диспепсичних виявів. Потім поступово розширюють раціон харчування до звичного, але з дотриманням таких порад.

У разі гіпертонічної дисфункції СО в період ремісії доцільно вилучити ті види продуктів та напоїв, які провокують спазм сфінктера Одді (жирні, смажені, копчені, гострі страви, алкогольні та газовані напої). Рекомендовано збагатити раціон продуктами, які містять магній, оскільки він має антиспастичну дію, посилює вплив жовчі, сприяє нормалізації нервово-емоційного стану. Добова потреба в магнії в середньому становить 400 мг для чоловіків та 300 мг для жінок. Відносно багато магнію в гречаній та перловій крупах, шипшині, апельсинах, білокачанній капусті. Додатковий прийом «Магній В₆» по 1–2 таблетки забезпечить добову потребу організму в магнії у разі недостатнього його надходження з їжею та усуне клінічні вияви дефіциту цього макроелементу. Для зняття спазму сфінктера Одді за 30 хв до їди рекомендують вживати півсклянки лужної мінеральної води в теплому вигляді, невеликими ковтками. До гідрокарбонатних (лужних) мінеральних вод належать поляна квасова, свалаява та лужанська. Курс лікування мінеральними водами становить від 4 до 6 тиж.

За гіпотонічного типу дисфункції сфінктера Одді дієтичне харчування спрямоване на поліпшення жовчовиділення під час їди, запобігання дуоденальній гіпертензії, яка своєю чергою спричинює дуодено-біліарно- та дуодено-панкреатичні рефлюкси. Це досягається збільшенням у раціоні продуктів, які мають холекінетичну активність. Показані німічні м'ясні бульйони, омлет, вершки, салати, заправлені олією, чай з ксилітом або сорбітом. У разі гіпотонусу сфінктера Одді рекомендують додавати харчові волокна, продукти, багаті на пектини, які адсор-

бують жовчні кислоти та токсичні речовини, нормалізують перистальтику, володіють пробіотичною активністю, зменшують діарею. Джерелом природних пектинів є яблука, апельсини, полуниця, кабачки, морква, гарбуз. Для поліпшення процесів травлення рекомендовано приймати лужні мінеральні води кімнатної температури за 10–15 хв до їди.

*Одноденне меню в разі гіпотонічного типу дисфункції сфінктера Одді**Перший сніданок*

Омлет, каша вівсяна з вершковим маслом, чай.

Другий сніданок

Яблука.

Обід

Суп вегетаріанський, салат овочевий із олією, м'ясо варене, компот із сухофруктів.

Підвечірок

Відвар шипшини.

Вечеря

Риба варена, картопляне пюре із вершками, котлети капустині, чай.

На ніч

Кефір.

На увесь день

Вершкове масло — 10 г, хліб із пшеничного борошна вищого ґатунку — 150 г, цукор — 30 г.

Дієтотерапія в разі панкреатичної дисфункції сфінктера Одді передбачає вилучення з раціону харчування продуктів, які зумовлюють спазм сфінктера Одді. Панкреатичний тип дисфункції сфінктера Одді в 78 % випадків супроводжується панкреатитом, тому дієтичне харчування буде скероване на створення функціонального спокою підшлунковій залозі під час загострення хронічного панкреатиту, адаптацію до харчування в період реконвалесценції, профілактику загострень під час ремісії. Для забезпечення функціонального спокою підшлунковій залозі під час загострення хронічного панкреатиту призначають голод. Без стимулювального впливу їжі, особливо жирів, знижується вивільнення холецистокінін-панкреозиміну — гормону, який контролює ферментотворну функцію підшлункової залози. Тривалість голодування залежить від тяжкості панкреатиту та становить від 1 до 2–3 діб. Під час голодування пацієнтам дозволяють пити теплу лужну мінеральну воду, несолодкий чай, німічний відвар шипшини. Після тамування болю та поліпшення самопочуття хворому призначають ентеральне харчування. В перші дні дозволяють страви, які не стимулю-

ють секрецію шлунка та підшлункової залози. Це круп'яні відвари на воді, протерті гречана, рисова каші, пюре з вареного та перетертого м'яса. Згодом раціон поступово розширюють, вводячи перетерті круп'яно-овочеві супи на воді, парові котлети з нежирного м'яса, чай, підсушений білий хліб. Усі страви готують у вареному, тушкованому, запеченому вигляді, без жиру. Поступово розширюють раціон харчування за рахунок молочнокислих продуктів, свіжих овочів та фруктів, додають вершкове масло в готові страви. У період ремісії хворим на хронічний панкреатит, зумовлений дисфункцією сфінктера Одді, слід обмежити споживання жирів. Квота жиру в раціоні повинна становити від 60–70 г на добу, з них 75–80 % — жири тваринного походження [2]. Вершкове масло (10–15 г) додають у кашу, пюре або суп. Сметану (1–2 чайні ложки) використовують для заправки страв. Олію додають у салати, але не більше 1–2 десертних ложок. Квота білка в раціоні має становити 1,5 г/кг, а за дефіциту маси тіла — до 2 г/кг на добу. Перевагу надають повноцінному білку тваринного походження. Квота вуглеводів залежить від маси тіла пацієнта та його фізичної активності (в середньому 300–400 г на добу). Рекомендують обмежувати вміст легкозасвоюваних вуглеводів, які виснажують інсулярний апарат підшлункової залози та сприяють виникненню цукрового діабету.

Список літератури

1. Анохіна Г.А. Сучасні принципи дієтотерапії хвороб органів травлення // Ваше здоров'я.— 2008.— № 43.— С. 14.
2. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А., Левин Л.А. Лечебное питание больных после операций на органах пищеварения (учебно-методическое пособие).— СПб: Диалект, 2006.— 160 с.
3. Губергриц Н.Б., Скопиченко С.В. Практична панкреатологія.— Донецьк: Лебідь, 2007.— 244 с.
4. Дієтотерапія при захворюваннях печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози.— К., 2008.— 168 с.
5. Звягінцева Т., Чорнобай А. Різноманіття форм і проявів постхолестеїстектомічного синдрому від клініки до лікування // Ліки України.— 2005.— № 7—8.— С. 74—77.
6. Минущкин О.Н. Функциональные расстройства билиарного тракта и их фармакотерапия // Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии и гепатологии.— 2006.— № 1.— С. 12—15.
7. Нечаева Г.И., Березняков А.В., Желтухова Е.В. и др. Адекватное лечение папилита как основа профилактики стеноза большого дуоденального сосочка у пациентов, перенесших холецистэктомию // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.— 2004.— № 4.— С. 41—44.
8. Постхолестеїстектомічний синдром (дисфункція сфінктера Одді): сучасні принципи діагностики і лікування. Метод. рекомендації / КМАПО ім. П.Л. Шупика; Харченко Н.В., Черненко В.В.— К.: Б. и., 2004.— 20 с.
9. Харченко Н.В., Черненко В.В. Постхолестеїстектомічний синдром: сучасні підходи к діагностиці і ліченню // Укр. тер. журн.— 2004.— № 3.— С. 104—110.

Одноденне меню в разі панкреатичного типу дисфункції сфінктера Одді (період ремісії)

Перший сніданок

Білковий омлет, каша гречана молочна, сир, чай.

Другий сніданок

Суфле з вареного м'яса, відвар шипшини, сухарі.

Обід

Суп з фрикадельками, курка тушкована з вареним рисом, салат зі свіжих огірків та помідорів, компот із фруктів.

Підвечірок

Запіканка сирно-рисова, сік персиковий.

Вечеря

Салат з тертої моркви, тріска варена під білим соусом, картопляне пюре, чай.

На ніч

Кефір.

На увесь день

Вершкове масло — 20 г, хліб житній — 100 г, хліб пшеничний — 200 г, цукор — 20 г.

Незалежно від виду та типу ДСО раціон харчування має бути повноцінним за вмістом вітамінів, особливо А, Е, С, мікроелементів (цинк, селен). Страви повинні бути різноманітними, смачними та відповідати харчовим звичкам пацієнта.

Запровадження дієтотерапії у хворих сприяло зникненню клінічних ознак хвороби, поліпшенню самопочуття та якості життя.

10. Чарльз В. Ван Вей III, Керол Айертон-Джонс. Секрети питания: Пер. с англ.— М.— СПб: Бином — Диалект, 2006.— 320 с.
11. Шептулин А.А. Римские критерии функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди: спорные и нерешенные вопросы // РЖГТК.— 2005.— № 3.— С. 70—74.
12. Behar J., Corazziari E., Guelrud M. et al. Functional gallbladder and sphincter of Oddi disorders // Gastroenterology.— 2006.— 130.— P. 1498—1509.
13. Corazziari E., Cicala M., Habib F.I. et al. Hepatoduodenal bile transit in cholecystectomized subjects. Relationship with sphincter of Oddi function and diagnostic value // Dig. Dis. Sci.— 1994.— 39.— P. 1985—1993.
14. Corazziari E., Shaffer E.A., Hogan W. et al. Functional disorders of the biliary tract and pancreas // Gut.— 1999.— 45 (suppl. 2).— P. 48—54.
15. Corazziari E. and the Working Team for Functional Disorders of the Biliary Tract. Functional disorders of the biliary tract. The functional gastrointestinal disorders / Ed. by D.A. Drossman.— Boston; New York; Toronto; London, 1994.— P. 175—216.
16. Hogan W.J., Geenen J.E. Biliary dyskinesia // Endoscopy.— 1988.— 20.— P. 179—83.
17. Hogan W.J., Sherman S., Pasricha P., Carr-Locke D. Sphincter of Oddi manometry // Gastrointest. Endosc.— 1997.— N 45.— P. 342—348.
18. Lai Kwok-Hung, Peng Nan-Jing, Lo Gin-Ho et al. Does a fatty meal improve hepatic clearance in patients after endoscopic sphincterotomy? // J. Gastroenterol. Hepatol.— 2002.— N 17 (3).— P. 337—341.

19. Madrid A.M., Defilippi C.C., Defilippi G.C. et al. Small intestinal bacterial overgrowth in patients with functional gastrointestinal diseases // *Rev. Med. Chil.*— 2007.— N 135 (10).— P 1245—1252.
20. Rashdan A., Fogel E., McHenry Lee et al. Frequency of biliary crystals in patients with suspected sphincter of Oddi dysfunction // *Gastrointest. Endoscopy.*— 2003.— Vol. 58, N 6.— P 875—878.
21. Sand J., Arvola P., Nordbeck I. Calcium channel antagonists and inhibition of human sphincter of Oddi contractions // *Scand. J. Gastroenterol.*— 2005.— N 40.— P 1394—1397.
22. Seifert E. Long-term follow-up after endoscopic sphincterotomy (EST) // *Endoscopy* 1988.— N 20.— P 232—235.
23. Sherman S., Troiano F.P., Hawes R.H. et al. Frequency of abnormal sphincter of Oddi manometry compared with the clinical suspicion of sphincter of Oddi dysfunction // *Am. J. Gastroenterol.*— 1991.— N 86.— P 586—590.
24. Sherman S., Glen A Lehman. Sphincter of Oddi Dysfunction: Diagnosis and Treatment // *JOP. J Pancreas (Online).*— 2001.— N 2 (6).— P 382—400.
25. Wehrmann T., Schmitt T., Stergiou N. et al. Topical application of nitrates onto the papilla of Vater: manometric and clinical results // *Endoscopy.*— 2001.— N 33.— P 323—328.
26. Wehrmann T., Seifert H., Scipp M. et al. Endoscopic injection of botulinum toxin for biliary sphincter of Oddi dysfunction // *Endoscopy.*— 1998.— Vol. 30.— P 702—707.
27. Winsted N.S., Wilcox C.M. Health-related quality of life, somatization, and abuse in sphincter of oddi dysfunction // *J. Clin. Gastroenterol.*— 2007.— Vol. 41, N 8.— P 773—776.
28. Zhen-Hai Zhang et al. Sphincter of Oddi hypomotility and its relationship with duodenal-biliary reflux, plasma motilin and serum gastrin // *World J. Gastroenterol.*— 2008.— N 7, 14 (25).— P 4077—4081.

Н.В. Харченко, А.А. Дорогавцева

Подходы к лечению больных с дисфункцией сфинктера Одди

В статье рассмотрены современные принципы медикаментозного и эндоскопического методов лечения дисфункции сфинктера Одди. Детально освещены вопросы диетотерапии различных вариантов функциональных нарушений сфинктера Одди. Предложены примеры однодневного меню для пациентов с билиарным и панкреатическим типами дисфункции сфинктера Одди.

N.V. Kharchenco, G.A. Dorogavtseva

Up-to-date approaches to the treatment of patients with Oddi's sphincter dysfunction

The article considers the up-to-date principles of medical and endoscope methods of treatment of Oddi's sphincter dysfunction. The detailed description has been given for the dietotherapy of various types of Oddi's sphincter dysfunction. The examples of one-day menu for patients with biliary and pancreatic types of Oddi's sphincter dysfunction are suggested.

Контактна інформація

Дорогавцева Ганна Анатоліївна, аспірант
04208, м. Київ, просп. Правди, 80-б, кв. 160
Тел. (044) 259-69-97. E-mail: annadorogavtseva@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 22 квітня 2009 р.