

**ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ,
ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ,
СПАЗМ СФИНКТЕРА ОДДИ,
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ**



ПЛАН

1. Хронический холецистит:

- классификация
- этиология
- клиника: жалобы пациента, данные объективного исследования
- диагностика: лабораторные и инструментальные данные
- дифференциальная диагностика
- лечение
- сроки ВН, диспансеризация, прогноз

2. Дисфункция желчного пузыря:

- критерии дисфункции жп
- классификация
- клиника
- алгоритм диагностики
- лечение

3. Спазм сфинктера Одди:

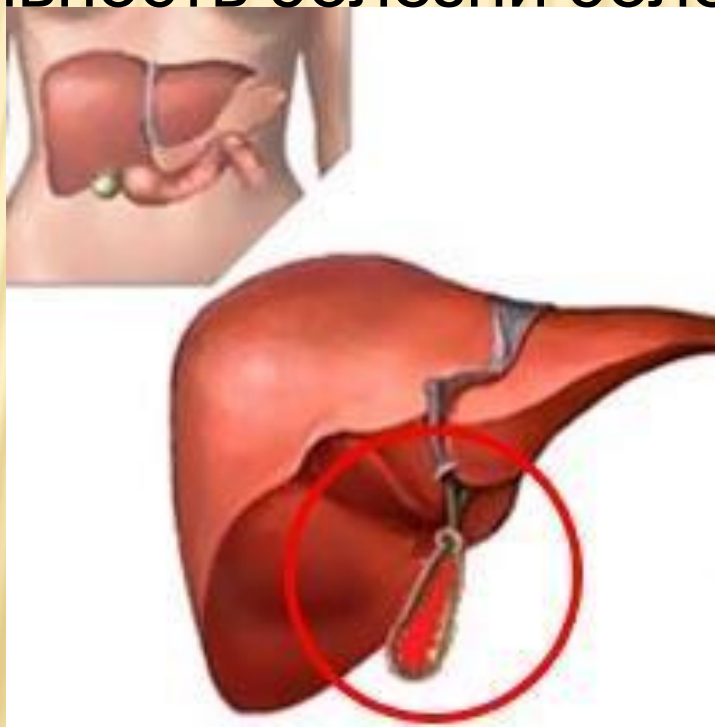
- классификация
- клиника
- диагностика
- лечение

4. Хронический панкреатит:

- классификация
- этиология и патогенез
- клиника
- диагностика
- лечение

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- **Хронический холецистит** - хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание ЖП, сочетающееся с дискинезиями желчевыводящих путей и дисхолией. Продолжительность болезни более 6 месяцев.



КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ЦИММЕРМАН 1992 Г.)

▣ По этиологии:

-Бактериальный, вирусный, паразитарный, немикробный, аллергический, ферментативный, невыясненной этиологии

▣ По клиническим формам:

-Хронический калькулёзный холецистит
-Хронический бескаменный холецистит (с преобладанием воспалительного процесса преобладанием дискинетических явлений)

▣ По характеру течения:

-латентный (субклинический),
-часто рецидивирующий (более 2-х приступов в году)
-редко рецидивирующий (не более 1 приступа в год и реже).
-постоянного (монотонного) течения
-маскировочного (атипичного) течения



□ **По типу дискинезий:**

□ **Нарушение сократительной функции желчного пузыря:** гиперкинез желчного пузыря, гипокинез желчного пузыря: нормо-, гипотония)

□ **Нарушение тонуса сфинктерального аппарата желчевыводящих путей:** гипертонус сфинктера Одди, гипертонус сфинктера Люкенса, гипертонус обоих сфинктеров.

□ **По фазам заболевания:**

- Фаза обострения (декомпенсации)
- Фаза затухающего обострения (субкомпенсация)
- Фаза ремиссии (компенсация: стойкая, нестойкая)

- **По степени тяжести:**

- **легкой степени тяжести** - обострения 1 -2 раза в год и реже, короткие, желчная колика не чаще 4 раза в год.
- **средней степени тяжести** - обострения 3-4 раза в год с более выраженной симптоматикой, желчная колика до 6 раз в год.
- **тяжёлой степени тяжести** - обострения 5 и более раз в год, иногда ежемесячно, длительные, наличие осложнений. Желчная колика более 6 раз в год.

- **Осложнения:** реактивный панкреатит(холепанкреатит), реактивный гепатит, первичный билирубинемия, хронический дуоденит и

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- Учитываются стадия (фаза) болезни, характер течения, степень тяжести, тип дискинезии ЖП, основные клинические синдромы, осложнения:

Хронический некалькулезный холецистит в фазе обострения, среднетяжелое течение с частыми рецидивами, гипертоническая дискинезия желчного пузыря.

ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- 1. Бактериальная инфекция:** более чем у 60% больных холециститом в желчи находят инфекцию, например, кишечную палочку, энтерококки, стафилококки, стрептококков, сальмонелл и др. В 10% вирусы гепатита В и С. В желчный пузырь болезнетворные микроорганизмы могут попадать гематогенным, лимфогенным и восходящим (из кишечника) путями.
- 2. Паразитарная инвазия:** острицы или аскариды, кошачья двуустка и дизентерийная амеба.
- 3. Дуоденобиллиарный рефлюкс:** при дуоденальном стазе, недостаточности сфинктера Одди, хроническом панкреатите, когда происходит заброс дуоденального содержимого с активированными панкреатическими ферментами в жп.
- 4. Аллергия:** пищевые и бактериальные аллергены, что подтверждается наличием в стенке жп признаков воспаления и эозинофилов (токсико-аллергический холецистит)
- 5. Хронические воспалительные заболевания органов пищеварения:** хронические гепатиты, циррозы печени, хронические заболевания кишечника, поджелудочной железы

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

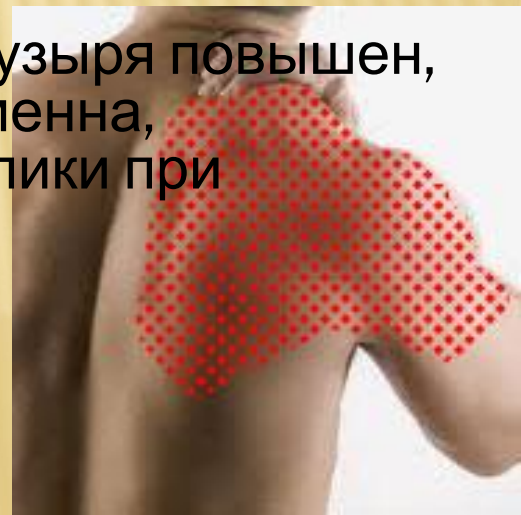
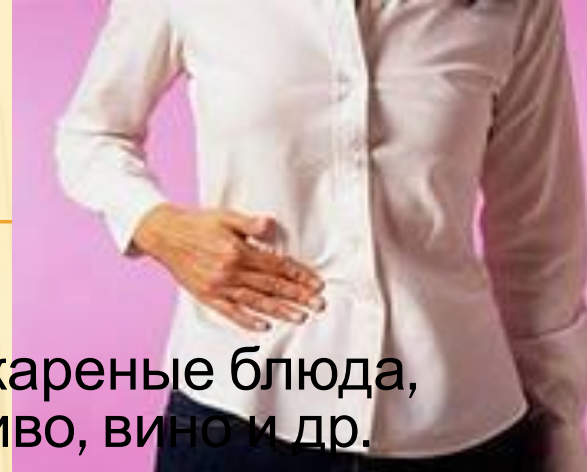
- врожденная деформация жп;
- психоэмоционально-стрессовые реакции,
- дискинезия желчных путей;
- травмы желчного пузыря;
- опухоли в брюшной полости;
- нарушение обмена веществ (сахарный диабет, атеросклероз);
- нарушение режима питания (большие перерывы между приемами пищи, злоупотребление жирной и жареной пищей);
- Отсутствие или недостаточное содержание в пище растительной клетчатки (способствует разжижению желчи и опорожнению жп)
- запоры, малоподвижный образ жизни;
- дисбактериоз кишечника
- беременность и ожирение;
- аллергические реакции;
- возрастное нарушение кровоснабжения желчного пузыря.



ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

1. Боль:

- связана с нарушением диеты: жирные и жареные блюда, холодные газированные напитки, яйца, пиво, вино и др.
- в типичных случаях она локализуется в правом подреберье, иногда в подложечной области, с иррадиацией в правое плечо, лопатку иногда в ключицу
- При сниженном тоне мускулатуры желчного пузыря (его гипотонии) боль постоянная, неинтенсивная, ноющего характера. Примерно в половине случаев боли как таковой может не быть вообще, а на первый план выходит чувство тяжести в правом подреберье.
- В случае если тонус мускулатуры желчного пузыря повышен, боль появляется приступами, она кратковременна, интенсивна, напоминает приступ желчной колики при желчекаменной болезни.



2. Диспепсические жалобы: чувство горечи во рту, особенно по утрам; «горькие» отрыжки, изжога; рвота: при гипокинетической дискинезии после рвоты уменьшение болей, при гипертонической дискинезии - усиление болей;

3. Кожный зуд

4. Повышение температуры тела (в период обострения)

5. Психоэмоциональные расстройства.

6. Кардиалгии



ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ПАЦИЕНТА

Осмотр:

Обращать внимание: Субиктеричность склер, кожи. Сосудистые звездочки. Характерным при хроническом холецистите является наличие у больных обложенного, фестончатого (с отпечатками зубов) языка.

Пальпация и перкуссия живота:

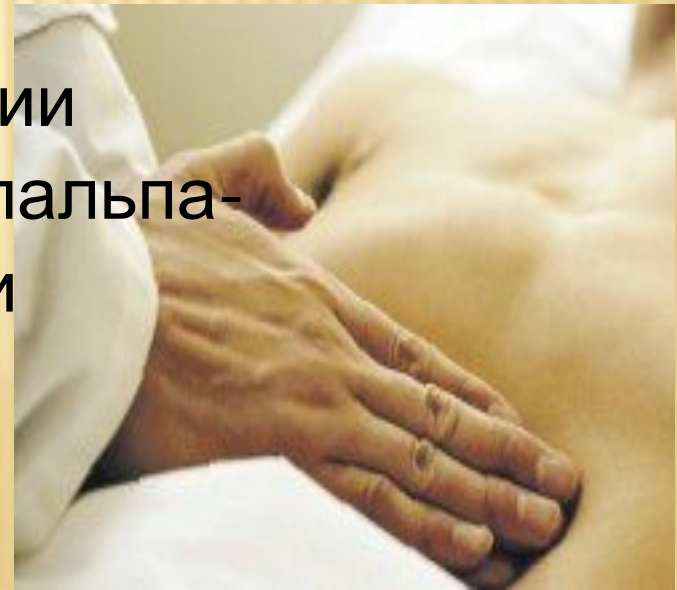
В проекции желчного пузыря (место пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой), усиливающаяся на вдохе (симптом Кера), а также при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Ортнера). Однако эти симптомы выявляются не всегда.

Симптом Мерфи - осторожное, мягкое введение руки в зону желчного пузыря и при глубоком вдохе пальпирующая рука вызывает резкую болезненность.

Симптом Мюсси - болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудинноключичнососцевидной мышцы справа.

Симптом Маккензи - гиперестезия кожи живота в правой подреберной области с максимально выраженной болезненностью в зоне проекции желчного пузыря.

Симптом Шоффара - при проведении вентродорзальной бимануальной пальпации возникает боль в зоне проекции головки поджелудочной железы и желчного пузыря



ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- 1.ОАК** (может отмечаться умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускоренное СОЭ);
- 2.ОАМ;**
- 3.БАК** (иногда определяется повышение активности трансаминаз (АЛТ и АСТ), щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы , также следить за показателями глюкозы, мочевины, билирубина, а-амилазы);
- 4.Анализ кала на паразитов** (аскариды, лямблии) – обязателен для всех больных с холециститом;
- 5.ЭКГ;**
- 6. ФГДС;**
- 7. HbsAg, anti-HCV;**
- 8. Обзорная рентгенограмма ОБП;**
- 9. УЗИ ОБП**

УЗИ-признаки холецистита:

- 1.) Желчный пузырь увеличивается в размере. Поперечник больше 35- 45 мм, площадь общая больше 30 см².
- 2.) Стенка желчного пузыря изменяется. Происходит отек, пропотевание жидкости в стенку. Она увеличивается в размере. Может быть более 25 мм.
- 3.) Изменяется сама полость пузыря. Камни, замазкообразная желчь, взвесь, пузырьки газа, гной и т.д.
- 4.) В окружающих тканях происходят изменения. Рядом с пузырем может быть инфильтрация, отечная жидкость, смещение петель кишки.
- 5.) Смотрим на реакцию лимфатической системы. Может свидетельствовать нам о том, что процесс острый. Небольшие лимфоузлы размерами от 5 до 20 мм, преимущественно в области шейки желчного пузыря, ворот печени или вдоль печеночно-двенадцатиперстной связки.
- 6.) Обнаружение камней



1. утолщение стенки жп
2. камни в жп

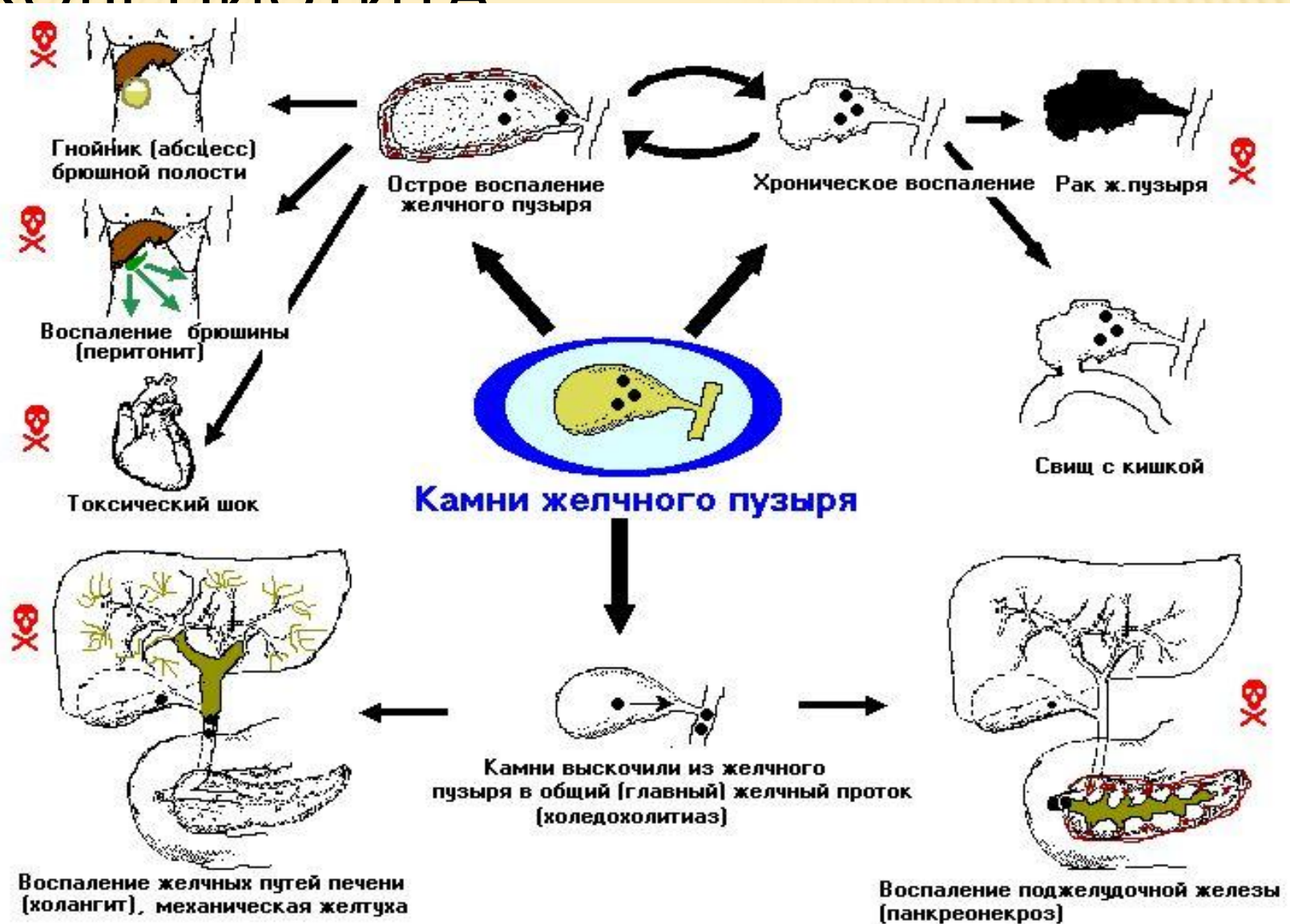


9. При дуоденальном зондировании отмечают нарушение моторики желчного пузыря, берут анализ желчи. При посеве желчи возможно обнаружение бактериального заражения, определение возбудителя инфекции, также можно провести тестирование культуры на чувствительность к антибиотикам для оптимального выбора терапевтического средства. Для хронического бескаменного холецистита характерно снижение количества желчных кислот в полученной из пузыря желчи и повышена концентрация литохолиевой кислоты. Также при обострении в желчи нарастает количество белка, билирубина (более чем в 2 раза), свободных аминокислот. Зачастую в желчи обнаруживают кристаллы холестерина.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- острым аппендицитом (особенно при атипичном расположении отростка)
- прободной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, для которой характерны внезапная сильная («кинжальная») боль и наличие газа под диафрагмой на обзорной рентгенограмме брюшной полости;
- с правосторонней пневмонией, плевритом и др.
- почечной колики, при которой отмечаются расстройства мочеиспускания, иррадиация болей в паховую область и бедро, беспокойное поведение больного.
- У пожилых людей острый холецистит часто приходится дифференцировать с инфарктом миокарда (особенно при локализации очаговых изменений на задней стенке левого желудочка), который может протекать с симптоматикой острого холецистопанкреатита.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОПЕЦИТИТА



ЛЕЧЕНИЕ

1.Диетотерапия:

▣ частый – 5-6 раз в сутки – прием пищи небольшими порциями;

Следует **ИСКЛЮЧИТЬ**:!!!

- фасоль и другие бобовые культуры, щавель, шпинат, а также грибы. При наличии сопутствующего гастрита или дуоденита из рациона исключают лук, чеснок, редис (содержащиеся в них эфирные масла раздражают слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки);
- жирные свинина, баранина, гусь, утка;
- копчености, маринады, рыба жирных сортов, мозги, почки, печенка, жирные сорта говядины и свинины, баранина, гусь, утка, животные жиры (за исключением сливочного масла);
- шоколад, какао, сдобное тесто;
- консервы, фасоль и другие бобовые, щавель, шпинат;
- крепкие мясные, рыбные, грибные бульоны, пряности.



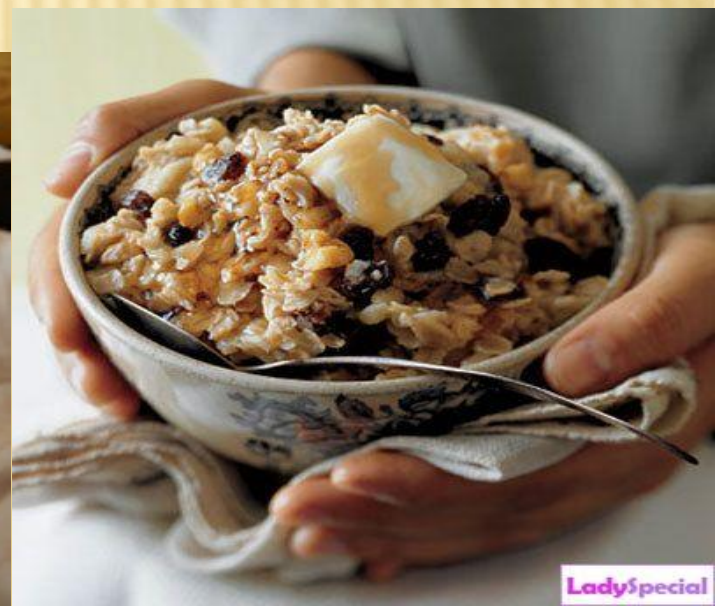
неправильно



правильно

В рацион ВКЛЮЧИТЬ!!!:

- ❑ Растительные масла (оливковое, подсолнечное, кукурузное). Лучше всего употреблять небольшие количества масла в составе овощных салатов. Растительные масла способствуют снижению уровня холестерина и препятствуют развитию камней в желчном пузыре и атеросклероза.
- ❑ Свежие фрукты и овощи (яблоки, дыни, арбузы, помидоры, морковь, свекла) – содержат большое количество клетчатки улучшающей пищеварение и способствующей выводу из организма избытка холестерина. До 400г/сутки!!!
- ❑ Хлеб из муки грубого помола и каши – снижают напряжение мышц желчного пузыря и нормализуют отток желчи.



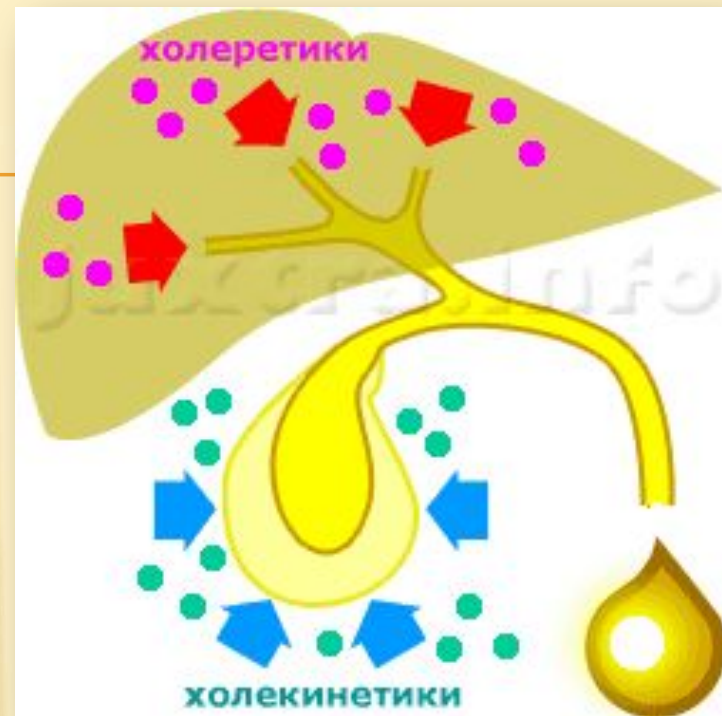
- 2. Устранение болевого синдрома:** пациентам следует принимать 1-2 таблетки Но-Шпа, таблетку Нитроглицерина под язык. В некоторых случаях для снятия боли можно использовать Димедрол, Баралгин (внутримышечно 5 мл).
- 3. Подавление инфекции при хроническом холецистите +дезинтоксикационная терапия:** могут быть использованы ципрофлоксацин по 250-500 мг 4 раза в день, ампициллин 500 мг 4 раза в день, эритромицин по 200-400 мг 4 раза в день, фуразолидон по 100 мг 4 раза в день, метронидазол по 250 мг 4 раза в день. Антибактериальная терапия назначается на 10-14 дней. При выборе антибактериального препарата необходимо учитывать не только чувствительность микроорганизмов к антибиотику, но и способность проникновения противомикробных средств в желчь. В качестве дезинтоксикационной терапии применяют изотонический раствор хлорида натрия, щелочные минеральные воды, отвар шиповника. **Применяют при обострениях хронического холецистита.**
- 4. Подавление рвоты и тошноты при хроническом холецистите:** рекомендуют принимать лекарства с противорвотным потенциалом: Церукал, Мотилиум (по 1 таблетке 2-3 раза в день).

5. Желчегонные средства:

Холеретики – стимулируют выделение желчи печеночными клетками, полезны при сниженной желчевыделительной функции (хронический гепатит, цирроз печени) АЛЛОХОЛ, ХОЛЭНЗИМ, НИКОДИН.

Холекинетики – стимулируют выброс желчи благодаря усилению моторики жп и желчных путей, используют при сниженном тоне жп. СУЛЬФАТ МАГНИЯ, СОРБИТ, МАННИТ, РАСТИТЕЛЬНЫЕ МАСЛА

Желчегонные средства растительного происхождения - ХОЛОСАС, ХОФИТОЛ, ХОЛАГОЛ, ЭКСТРАКТ АРТИШОКА, РАСТОРОПША ПЯТНИСТАЯ. Сочетают в себе свойства и холеретиков, и холекинетиков.



6. Препараты урсодезоксихолевой кислоты (УРСОСАН, УРСОФАЛЬК, УРСОХОЛ) применяют вне обострений. Урсодезоксихолевая кислота способна растворять холестериновые камни в жп и предотвращает образование новых. Помимо этого действует как холеретическое желчегонное средство, нормализует обмен холестерина, обладает гепатопротекторным действием.

Показания: чисто холестериновые камни, функционирующий жп(объем желчных камней не должен превышать 30% от объема пузыря, камни диаметром не более 1-2 см, недлительное(2-3 года) существование камней. При отсутствии уменьшения диаметра камней через 6 месяцев от начала лечения является показанием для оперативного лечения.

7. Ферментные препараты ПАНКРЕАТИН, МЕЗИМ, ФЕСТАЛ. Применяют при часто сопутствующем хроническом панкреатите.

8. В фазе ремиссии – терапия минеральными водами и (при отсутствии холангита), санаторно-курортное лечение.

рекомендуется употреблять минеральные воды следующих типов: «Ессентуки» N° 17, «Ессентуки» (N° 4 , «Джермук», «Ижевская», «Смирновская», «Славяновская». Минеральные воды следует принимать за 20–30 минут до еды по 0,5-1 стакана 3–4 раза в день.

9. Физиотерапевтическое лечение: индуктотермия, УВЧ, иглорефлексотерапия, бальнеотерапия.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Хронический калькулезный холецистит является показанием для планового хирургического лечения – холецистэктомия. В настоящее время производят эндоскопическим способом.
- Обострение хронического (калькулезного) холецистита является показанием для экстренной госпитализации в хирургическое отделение. Наличие признаков деструктивного х. служит показанием к оперативному вмешательству с предварительным проведением дезинтоксикационной терапии.
- При отсутствии перитонеальных симптомов можно ограничиться консервативными мероприятиями: постельный режим, голод, холод на правое подреберье, спазмолитические средства и антибиотики широкого спектра действия.
- В случае неэффективности консервативной терапии в первые часы заболевания (5—12 ч) может возникнуть необходимость в холецистэктомии (ослабленным больным пожилого возраста, а также лицам, имеющим тяжелые сопутствующие заболевания, показана лапароскопическая холецистостомия).

Сроки ВН: при легкой форме 5-7 дней, средней тяжести 18-20 дней, тяжелой форме 28-30 дней.

Диспансеризация:

- 1-2 раза в год обследование у врача(ОАК, ОАМ, БАК, дуоденальное зондирование, по показаниям УЗИ, ФГДС, ректороманоскопия);
- санация полости рта и носоглотки;
- Санитарно-просветительная работа.

Профилактика:

- режим питания
- снижение массы тела путем субкалорийного питания (редуцированная диета), включения разгрузочных дней (молочно-творожные, фруктовые, овощные, овсяные, мясные),
- ежедневная утренняя гимнастика и достаточный двигательный режим в течение дня (ходьба, легкие виды спорта, плавание, лыжи, для пожилых - посещение групп оздоровления) способствуют пассажу желчи по билиарному тракту.

лечению воспалительных заболеваний органов брюшной полости, глистной и протозойной инвазии.

профилактика синдрома психо-эмоционального перенапряжения, приводящего к ослаблению регулирующего влияния ЦНС на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, сфинктерный аппарат и изменению коллоидных свойств желчи вследствие нарушения энтерогепатической циркуляции

желчных кислот

ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

У здорового человека желчный пузырь между приемами пищи накапливает и концентрирует желчь; его средний объем натощак составляет 35–50 мл.

Дисфункция ЖП характеризуется нарушением его сократительной активности, обусловленным метаболическими нарушениями (например, перенасыщением желчи холестерином) либо первичными функциональными нарушениями.

Распространенность этого состояния, по некоторым данным, достигает 8% среди мужчин и 21% среди женщин.

КРИТЕРИИ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- ❖ - приступы боли в правом подреберье и/или подложечной области в сочетании со всеми нижеперечисленными признаками:
- ❖ – длительность эпизодов боли не менее 20-30 мин.;
- ❖ – повторение приступов с различными интервалами (не ежедневно);
- ❖ – нарастающий, а затем устойчивый характер боли;
- ❖ – интенсивность боли, достаточная для того, чтобы нарушить деятельность пациента или заставить его обратиться за срочной медицинской помощью;
- ❖ – отсутствие облегчения боли после дефекации, приема антацидов или изменения положения тела;
- ❖ – исключение других патологических процессов, которые могли бы объяснить появление данных симптомов.
- ❖ Дополнительные, уточняющие признаки включают сочетание боли с тошнотой и рвотой, иррадиацию в спину или правую подлопаточную область, возможность ночных приступов.

**Таблица 1. Критерии диагностики
дисфункции желчного пузыря
(Rome III, 2006)**

Билиарная боль

Сохраненный желчный пузырь (ЖП)

Нет камней ЖП, сладжа, микролитиаза, других органических
болезней

Фракция выброса ЖП менее 40%

Нормальные АЛТ, АСТ, связанный билирубин
и амилаза/липаза

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФУНКЦИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- **1. Гипотонически-гиперкинетическая билиарная дискиензия**
(застойный жп и спазм сфинктера одди):
 - А) Первичная (ваготоники, идиопатическая)
 - Б) Вторичная (повышенное кислотообразование в желудке, неязвенная диспепсия, гастрит типа В, пептическая язва, хронический рецидивирующий панкреатит)
- **2. Гипотонически-гипокинетическая билиарная дискенезия:**
 - А) Первичная (астеническая конституция, в том числе недостаточность выработки холецистокинина)
 - Б) Вторичная (недостаточность выработки тиреоидных, гипофизарных, половых гормонов, заболевания женских половых органов, ожирение, гипоталамические нарушения)
- **3. Гипертонически-гиперкинетическая билиарная дискинезия**
 - А) первичная (симпатикотоники, идиопатическая)
 - Б) вторичная (тиретоксикоз, начальные стадии климакса, предменструальный синдром, неврозы, остеохондроз)

ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ОПОРОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

К первичным факторам относятся:

1. Патология гладкомышечных клеток желчного пузыря (повышенная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках стенки желчного пузыря).
2. Дискоординация желчного пузыря и пузырного протока (повышенная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках пузырного протока).
3. Увеличение сопротивления пузырного протока (повышенная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках пузырного протока).
4. Снижение чувствительности к нейрогормональным стимулам.

Таблица 2. Состояния, при которых наиболее часто наблюдаются расстройства сократительной активности ЖП (по Portincasa P et al. [20])

Заболевания и состояния	Основные механизмы нарушения сократимости ЖП
Прием препаратов, влияющих на серотониновые рецепторы	Возможно изменение гуморальной регуляции сократимости и восприятия боли
Острый гепатит А	Снижение скорости опорожнения желудка; виремия
Целиакия	Снижение выработки ХЦК
Хронический панкреатит	Повышение объема ЖП натошак и его остаточного объема. Снижение выработки ХЦК
Болезнь Крона	Повышение выработки ХЦК. Уменьшение объема ЖП натошак
Сахарный диабет (возможно, в рамках метаболического синдрома)	Автономная нейропатия. Стаз ЖП
Синдром Down	Снижение объема ЖП натошак и после еды
Дефицит гормона роста	Частичный дефицит ХЦК
Гипертриглицеридемия (возможно, в рамках метаболического синдрома)	Снижение сократимости вследствие снижения чувствительности к ХЦК
Синдром раздраженного кишечника	Уменьшение опорожнения ЖП вследствие снижения чувствительности к ХЦК
Инсулинорезистентность (возможно, в рамках МС)	Уменьшение опорожнения ЖП
Цирроз печени	Уменьшение опорожнения ЖП, нарушение координации с опорожнением желудка
Ожирение / быстрое похудание	Увеличение объема пузыря натошак/увеличение объема остаточной желчи; снижение сократимости в ответ на прием пищи
Лечение октреотидом (например, акромегалии)	Подавление высвобождения ХЦК; стаз желчи в пузыре
Пероральная терапия желчными кислотами	Увеличение объема пузыря натошак/увеличение объема остаточной желчи
Беременность	Стаз желчи в пузыре, вызванный прогестероном
Первичный склерозирующий холангит	Увеличение объема пузыря натошак/увеличение объема остаточной желчи
Соматостатинома	Подавление высвобождения ХЦК; стаз желчи в пузыре
Повреждения спинного мозга	Стаз желчи в пузыре
β-талассемия	Уменьшение опорожнения ЖП, автономная нейропатия
Полное парентеральное питание	Стаз желчи в пузыре (снижение продукции ХЦК из-за отсутствия приема пищи <i>per os</i>)
Резекция желудка	Ваготомия, ведущая к увеличению объема пузыря натошак и уменьшению его опорожнения

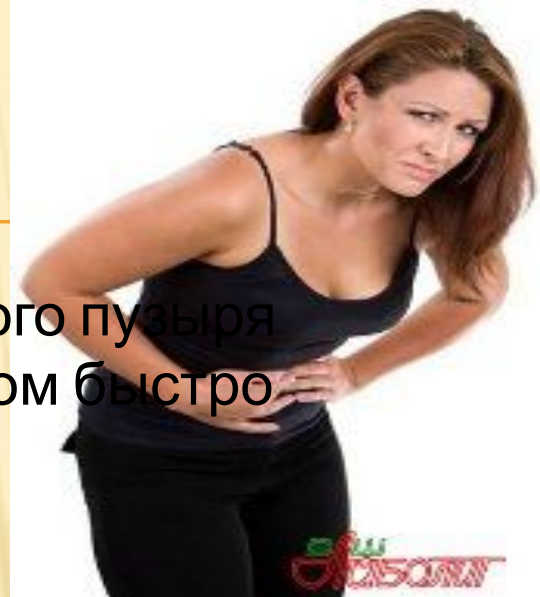
КЛИНИКА

При гиперкинетической форме тонус желчного пузыря повышен и его сокращения происходят слишком быстро и сильно. Сфинктеры при этом раскрываются недостаточно. Это вызывает резкие болевые ощущения в правом подреберье.

Приступы боли обычно кратковременны и редко продолжаются больше одного часа.

Провоцируются отрицательными эмоциями, волнениями, нервными перегрузками.

Гипокинетической формой страдают люди старшего возраста. Ее причина — недостаточно интенсивное сокращение желчного пузыря. Это также проявляется болью в правом подреберье. Боль обычно не сильная, но длительная, носит тупой, нередко распирающий характер. Частыми симптомами являются диспепсические расстройства в виде тошноты, горечи во рту, а также вздутие живота и запоры.



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИЙ ЖП

- При наличии клинических симптомов заболевания органов билиарной системы целесообразно проведение ультразвукового исследования желчевыводящей системы, печеночных проб, определение уровня панкреатических ферментов
- Если отсутствуют отклонения при проведении перечисленных исследований, показана эзофагогастродуоденоскопия.
- Наличие патологических изменений является показанием для проведения соответствующих исследований и лечения.
- Отсутствие отклонений при использовании всех перечисленных методов указывает на целесообразность проведения холесцинтиграфии на фоне пробы с холецистокинином.
- Опорожнение желчного пузыря менее 40 % свидетельствует о вероятном диагнозе дисфункции желчного пузыря.
- Нарушение опорожнения желчного пузыря может указывать на необходимость проведения холецистэктомии
- Нормальное опорожнение желчного пузыря (более 40 %) является показанием для проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.
- При отсутствии конкрементов, других патологических изменений в общем желчном протоке выполняется манометрия сфинктера Одди.

- Для уточнения характера дискинетических расстройств с помощью УЗИ натощак и после желчегонного завтрака (в качестве желчегонного завтрака используются сорбит 20 г на 100 мл воды) или внутривенного введения холецистокинина в дозе 20 мг/кг, исследуют объем желчного пузыря. Моторно-эвакуаторная функция пузыря считается нормальной, если его объем к 30-40-й минуте уменьшается .
- При наличии дисфункции сфинктера Одди после желчегонного завтрака диаметр общего желчного протока составляет 0,4-0,6 см.

При гипотоническом типе дискинезий
наблюдается увеличение размеров и
опущение пузыря,
часто с удлиннением, расширением его
формы.



Интерпретация данных многоментного дуоденального зондирования:

Рассчитывается скорость выделения желчи: в норме скорость выделения желчи порции «А» и «С» — 1 мл/мин, порции «В» — 1—1,5 мл/мин.

1. Гиперкинетический тип дискинезии желчного пузыря:

- Ускорение опорожнения желчного пузыря
- Объем пузырной желчи соответствует возрастной норме или меньше ее. Повышение скорости выделения желчи порции «В»
- Исследование может сопровождаться болью в животе.

2. Гипокинетический тип дискинезии желчного пузыря:

- Замедление опорожнения желчного пузыря (желчь порции «В» выделяется медленно (удлинение IV фазы) и равномерно.
- Скорость выделения желчи порции «В» меньше нормы.
- После введения второго раздражителя часто вновь выделяется пузырная желчь вследствие неполного опорожнения желчного пузыря в IV фазе.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖП

- диетотерапию;
- лекарственную терапию;
- физиотерапию;
- водолечение;
- санаторнокурортное лечение.
- Лечение больных с дисфункцией желчного пузыря и сфинктера Одди чаще проводится амбулаторно.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО ТИПА ДИСКИНЕЗИИ

- ▣ Психоэмоциональный комфорт, покой.
- ▣ Диетотерапия. Общими принципами диеты являются режим питания с частыми приемами небольших количеств пищи (5-6-разовое питание) с последним приемом пищи непосредственно перед сном, что способствует регулярному опорожнению желчных путей, устранению застоя желчи. Ограничение продуктов, стимулирующих сокращения пузыря, - животные жиры, мясные, рыбные, грибные бульоны, яйца.
- ▣ Хороший эффект при данной форме функциональных расстройств дают препараты, относящиеся к группе холеспазмолитиков.
 - **Ношпа** (дротаверина гидрохлорид) назначается в таблетках по 0,04 г 1-3 раза в день в течение 14 дней и более или в ампулах по 2 мл 2 % раствора внутримышечно или внутривенно 1-2 раза в сутки
 - **платифиллин** назначают по 1 табл. (0,005 г) 2-3 раза в день до еды в течение 100 дней. При коликах препарат вводится подкожно по 1 мл 2 % раствора 1-3 раза в сутки.
 - **Эуфиллин** (теофиллин 80 %; этилендиамин 20 %) по 1 табл. (0,15 г) 1 раза в день.)

- С целью стимуляции образования и оттока желчи, а также спазмолитического действия применяется чай, в состав которого входят следующие растения: листья шпината (*Folia Spinaciae*), плоды чертополоха (*Fructus Cardui Mariae*), трава лапчатки гусиной (*Herba Anserinae*), трава чистотела (*Herba Cheh ' dorm*), трава тысячелистника (*Herba Millefolii*), корень солодки (*Radix Licumtae*), корневище ревеня (*Rhizoma Rhei*), корень и трава одуванчика (*Radix Taraxaci c. Herba*), корневище куркумы, масло куркумы (*Rhizoma Curcumae, Oleum Curcumae*), вытяжка алоэ (*Extractum Aloes*

Лечение гипотонического типа дискинезии ЖВП.

- расширение двигательного режима.
- Питание: некрепкие бульоны, уху, сливки, сметану. Используется пища с достаточным содержанием растительного жира (до 80 г/сут), яйца. В течение 2-3 нед назначают растительное масло по 1 ч. л. 2-3 раза в день за 30 мин до еды. Для предотвращения запоров рекомендуют сырые овощи: морковь, тыкву, кабачки, зелень. Выраженный эффект на моторику желчевыводящих путей оказывают отруби (1 ст. л. заваривают крутым кипятком и в виде кашицы добавляют к разным гарнирам).
- Показаны прокинетики: цизаприд 5-10 мг 3 раза в день; домперидон 5-10 мг 3 раза в день за 30 мин до еды; метоклопрамид 5-10 мг в сутки.
- Хороший эффект оказывают препараты группы холеретиков, а также препараты желчных кислот.



- К препаратам, содержащим желчные кислоты, относятся следующие средства:
- **Лиобил** (лиофилизированная бычья желчь), таблетки по 0,2 г, 1-2 табл. 3 раза в день после еды. Курс 1-2 мес.
- **Дехолин** (натриевая соль дегидрохолевой кислоты), ампулы по 5 мл 5 % и 20 % раствора, вводится внутривенно по 5-10 мл 1 раз в день.
- **Холецин** (соединение соли дезоксихолевой кислоты и натриевой соли высших жирных кислот) назначается по 1-2 табл. 3 раза в день перед едой.
- **Хологон** (дегидрохолевая кислота), таблетки по 0,2 г, 0,2-0,25 г 3 раза в день. Курс лечения 2-3 нед.
- Хороший эффект на функцию ЖВП **оказывают препараты растительного происхождения** и лекарственные растения, обладающие холеретическим действием: водные извлечения из лекарственного растительного сырья айра (корневища), барбариса обыкновенного (лист, корень), березы (почки, листья), бессмертника песчаного (цветки), володушки многожилчатой (трава), горца птичьего (трава), золото{тысячника (трава), кориандра (плоды), кукурузы (столбики с рыльцами), лопуха (корни), пижмы (цветки), полыни горькой (трава), рябины (плоды), хмеля (шишки), цикория обыкновенного (трава), желчегонные сборы № 1 и 2,
- **комбинированные фитопрепараты** (холагогум, холагол, холафлукс, гепатофальпланта, гепабене, курепар, фламин, фуметере и др.).

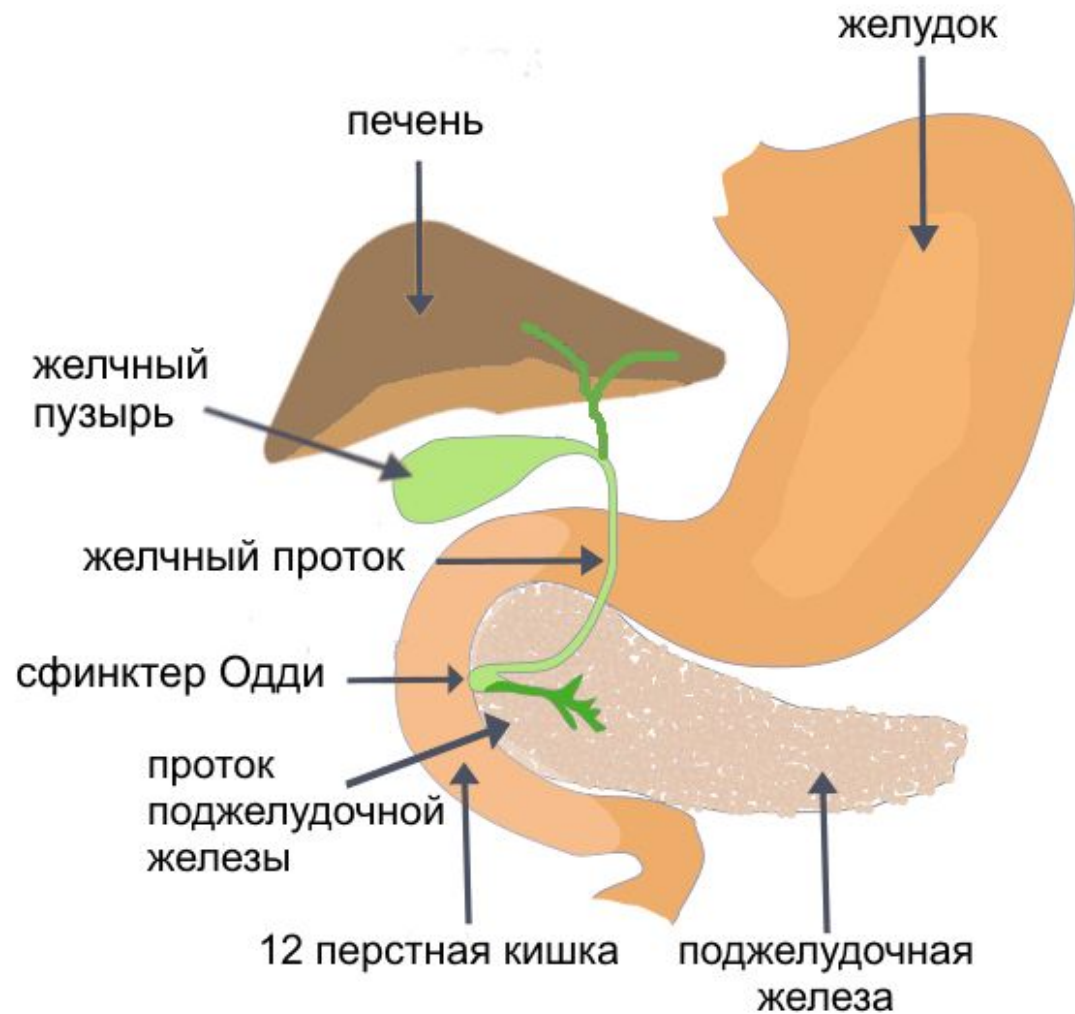
В лечении дисфункции желчного пузыря используются физиотерапевтические процедуры:

- Для улучшения микроциркуляции и трофических процессов у больных с гипертонической дискинезией показана **индуктотермия**.
- При гипотонии назначают **диадинамические токи**, фарадизацию желчного пузыря.
- **УВЧ** обладает противовоспалительным и бактерицидным действием.
- **СВЧ-терапия** улучшает кровоток, трофику тканей, усиливает окислительно-восстановительные процессы, обладает противовоспалительным и болеутоляющим действием, снимает спазмы желчевыводящих путей.
- **Аппликации парафина**, озокерита улучшают кровоток и трофику тканей, обладают рассасывающим действием и способностью вызывать спазмолитический эффект при гипертонической дискинезии желчевыводящих путей.
- При гипертонических дискинезиях показан электрофорез 5 % раствора новокаина, 10 % раствора магния сульфата.
- Ванны (хвойные, жемчужные) назначают через день, на курс 10-12 ванн.
- Души (дождевой, веерный, циркулярный) рекомендуют по 35 мин, на курс 10-15 процедур.
- Массаж шейноворотниковой области № 10. Гальванический воротник на воротниковую область.

ДИСФУНКЦИЯ СФИНКТЕРА ОДДИ

- Дисфункция сфинктера Одди (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, перенёвших 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 – 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.

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.

- **Критерии:**
 - А.** Классический приступ желчных болей.
 - Б.** Изменение уровня печеночных ферментов (2-кратное превышение нормального уровня АСТ и/или щелочной фосфатазы по крайней мере при 2-кратных исследованиях).
 - В.** Замедленное выведение контрастного вещества при ЭРХПГ (> 45 мин).
 - Г.** Расширение общего желчного протока (> 12 мм).
- **Классификация:**
 - Билиарный тип I** — включает все критерии, перечисленные выше (А, Б, В и Г).
 - Билиарный тип II** — типичный приступ желчных болей (А) в сочетании с одним или двумя другими критериями (Б, В или Г).
 - Билиарный тип III** — только типичный приступ желчных болей (А).
- У пациентов, относящихся к I группе, причиной дисфункции сфинктера Одди чаще всего является стеноз сфинктера;
- во II группе пациентов нарушения могут быть как структурными, так и функциональными;
- в III группе ССО обычно носит функциональный характер.

ПОСТХОЛИЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Считают, что в первый месяц после холецистэктомии более чем у 80% больных преобладает гипертонус сфинктера Одди, что связано с исключением регулирующей роли сфинктера Люткенса . Болевой синдром при наличии дисфункции сфинктеров в большинстве случаев обусловлен спазмом сфинктера Одди. Дисфункция сфинктера Одди, обусловленная нарушением его сократительной функции, препятствующая нормальному оттоку жёлчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий, являющаяся следствием операции холецистэктомии. Выражается в проявлении тех же клинических симптомов, что были до операции холецистэктомии (фантомные боли и т.п.).

КЛИНИКА

- приступы сильных или умеренных болей длительностью более 20 минут, повторяющихся в течение более 3 месяцев,
- диспепсия и невротические расстройства.
- Часто наблюдаются чувство тяжести в брюшной полости, тупые, длительные боли в области правого подреберья без чёткой иррадиации. В основном боли постоянные, не коликообразные. У многих больных приступы сначала возникают довольно редко, продолжаются несколько часов, в промежутках между приступами боли полностью проходят. Иногда частота и выраженность болевых приступов увеличивается со временем. В период между приступами болевые ощущения сохраняются. Связь болевых приступов с приемом пищи у разных пациентов выражена неодинаково. Чаще боли начинаются в течение 2-3 часов после приёма пищи.

ДИАГНОСТИКА

- ▣ **Лабораторные исследования:** могут иметь значение только в том случае, если они проводятся во время или сразу после болевого приступа. При остром приступе болей у некоторых пациентов определяется транзиторное повышение уровня печеночных ферментов (АСТ, ЩФ, ГГТП) и/или ферментов поджелудочной железы (амилазы, липазы). Транзиторное повышение уровня печеночных или панкреатических ферментов (в 2 раза и более) во время болевого приступа указывает на наличие препятствия в протоках, что, однако, не является строго специфичным для дисфункции сфинктера Одди. Необходимо исключить другие причины нарушения проходимости желчных протоков (в частности, холедохолитиаз).

- **К неинвазивным тестам** принадлежит применение **ультразвукового сканирования** для определения диаметра общего желчного и/или панкреатического протоков до и после введения провокационных агентов. Ультразвуковое сканирование с жирной пищей включает прием жиров для стимуляции выработки эндогенного холецистокинина и усиления желчеотделения. Диаметр желчных протоков измеряют с интервалом в 15 мин в течение 1 ч. В норме диаметр желчных протоков не изменяется или несколько уменьшается. Увеличение диаметра на 2 мм и более по сравнению с исходным позволяет предположить наличие неполной закупорки желчных путей, но не предоставляет возможности дифференцировать ДСО от других причин нарушения проходимости желчных протоков (например, от закупорки их конкрементами, стриктурами, опухолями). Чувствительность и специфичность данного теста пока точно не определены.

ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

- ▣ **ЭРПХГ эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография** – помогает исключить другие заболевания поджелудочной железы и желчных путей, вызывающие сходный болевой синдром (например, закупорку протока конкрементом, стриктуры протоков, опухоли фатерова соска и хронический панкреатит). Посредством этого метода также определяют диаметр протоков и время их опорожнения.
- ▣ **Эндоскопическая манометрия СО** – в настоящее время рассматривается, как наиболее достоверный метод изучения функции сфинктера. Данный метод включает прямое измерение давления сфинктера с помощью специального трехпросветного катетера, вводимого через дуоденоскоп в общий желчный или панкреатический протоки. Проксимальный конец катетера соединен с наружным преобразователем и пишущим устройством. Давление сфинктера измеряется во время медленного низведения катетера из протока и установления его в зоне сфинктера. Сначала определяется базальное давление сфинктера, после чего регистрируются накладывающиеся фазово-волновые изменения давления, а также амплитуда, частота и направление распространения фазовых волн. Давление в СО, составляющее в обычных условиях 18 ± 4 мм рт.ст., повышается при его спастических сокращениях до 110 ± 25 мм рт.ст.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Диета

2. Снятие мышечного спазма

□ Для снятия спазма гладкой мускулатуры используют препараты, обладающие спазмолитическим эффектом. В качестве спазмолитиков используют, платифиллин, но-шпа и др.

3. Папиллосфинктеротомия — хирургическое вмешательство, направленное на нормализацию желчеоттока и/или функционирования сфинктера Одди и заключающееся в рассечении большого дуоденального сосочка. Применяется также при удалении камней из жёлчных протоков.

Инвазивные методы лечения рекомендованы пациентам с более выраженной симптоматикой, при неэффективности консервативной терапии. (кроме 3 биллиарного типа)

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

- Хронический панкреатит - прогрессирующее воспалительное заболевание поджелудочной железы, сопровождающееся проявляющимися постоянными или периодическими возникающими болями и признаками экзокринной и эндокринной недостаточности.
- Для него характерны необратимые патологические изменения паренхимы поджелудочной железы — сморщивание ее, местами исчезновение ацинусов, пролиферативный фиброз, а также стриктура потока, формирование конкрементов в нем или в ткани железы.



КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

I. По этиологическому признаку

- 1. Первичный хронический панкреатит (при первичном развитии воспалительного процесса в поджелудочной железе).
- 2. Вторичный хронический панкреатит (развивающийся вторично, на фоне других заболеваний пищеварительной системы).

II. По морфологическому признаку

- 1. Отечная форма.
- 2. Склеротически-атрофическая форма.
- 3. Фиброзная (диффузная и диффузно-узловая) форма.
- 4. Псевдокистозная форма.
- 5. Кальцифицирующая форма.

III. По особенностям клиники

- 1. Полисимптомная форма (в том числе хронический рецидивирующий панкреатит).
- 2. Болевая форма.
- 3. Псевдоопухолеватая форма.
- 4. Диспептическая форма.
- 5. Латентная (длительно бессимптомно протекающая) форма.
- В каждом случае указывается фаза заболевания: обострение или ремиссия.

III. По особенностям клиники

- ▣ 1. Полисимптомная форма (в том числе хронический рецидивирующий панкреатит).
- ▣ 2. Болевая форма.
- ▣ 3. Псевдоопухолевая форма.
- ▣ 4. Диспептическая форма.
- ▣ 5. Латентная (длительно бессимптомно протекающая) форма.
- ▣ В каждом случае указывается фаза заболевания: обострение или ремиссия.

IV. По течению заболевания

- ▣ 1. Панкреатит легкой степени тяжести (I стадия заболевания — начальная).
- ▣ 2. Панкреатит среднетяжелого течения (II стадия).
- ▣ 3. Панкреатит тяжелой степени (III стадия — терминальная, кахектическая).
- ▣ При I стадии признаки нарушения внешне- и внутрисекреторной функции не выявляются.
- ▣ При II и особенно III стадии имеются нарушения внешнесекреторной и/или внутрисекреторной функции поджелудочной железы (вторичный сахарный диабет).
- ▣ В III стадии заболевания наблюдаются упорные «панкреатические» или «панкреатогенные» поносы, прогрессирующее истощение, полигиповитаминозы.

Марсельско-римская классификация предусматривает выделение следующих форм хронического панкреатита:

- 1. Хронический кальцифицирующий.
- 2. Хронический обструктивный.
- 3. Хронический фиброзно-индуративный.
- 4. Хронические кисты и псевдокисты поджелудочной железы.
- **Хронический кальцифицирующий панкреатит** является наиболее частой формой заболевания, как правило, имеет алкогольную этиологию. Характеризуется неравномерностью поражения и кальцификацией паренхимы поджелудочной железы с образованием камней в протоках и их стенозированием, развитием атрофических процессов.
- **Хронический обструктивный панкреатит** — как правило, является результатом обструкции главного протока поджелудочной железы за счет опухоли, стриктуры, папиллярного стеноза. Поражение развивается дистальнее места обструкции протока. Эпителий протока в месте обструкции железы сохранен. Камни и кальцификация железы не отмечаются.
- **Хронический фиброзно-индуративный панкреатит** — редкая форма панкреатита, характеризующаяся фиброзом, моноклеарной клеточной инфильтрацией и атрофией экзокринной ткани.

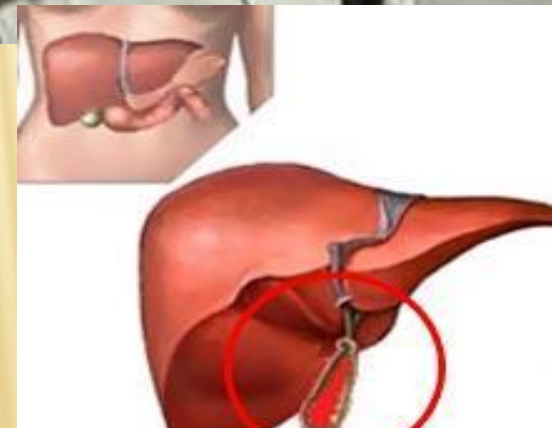
ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

1. Злоупотребление алкоголем: употребление 100 г алкоголя или 2 литров пива ежедневно в течении 2-х лет приводит к гистологическим изменениям поджелудочной железы. Клинические проявления у женщин – через 10-12 лет, у мужчин через 17-18 лет от начала регулярного употребления алкоголя.

2. Заболевания желчных путей и печени:

- ▣ переход инфекции по лимфатическому пути;
- ▣ затруднение оттока панкреатического секрета и отек поджелудочной железы (ЖКБ, стенозирующий процесс в общем желчном протоке);
- ▣ биллиарный рефлюкс – повреждение протоков и паренхимы поджелудочной железы с развитием воспаления.

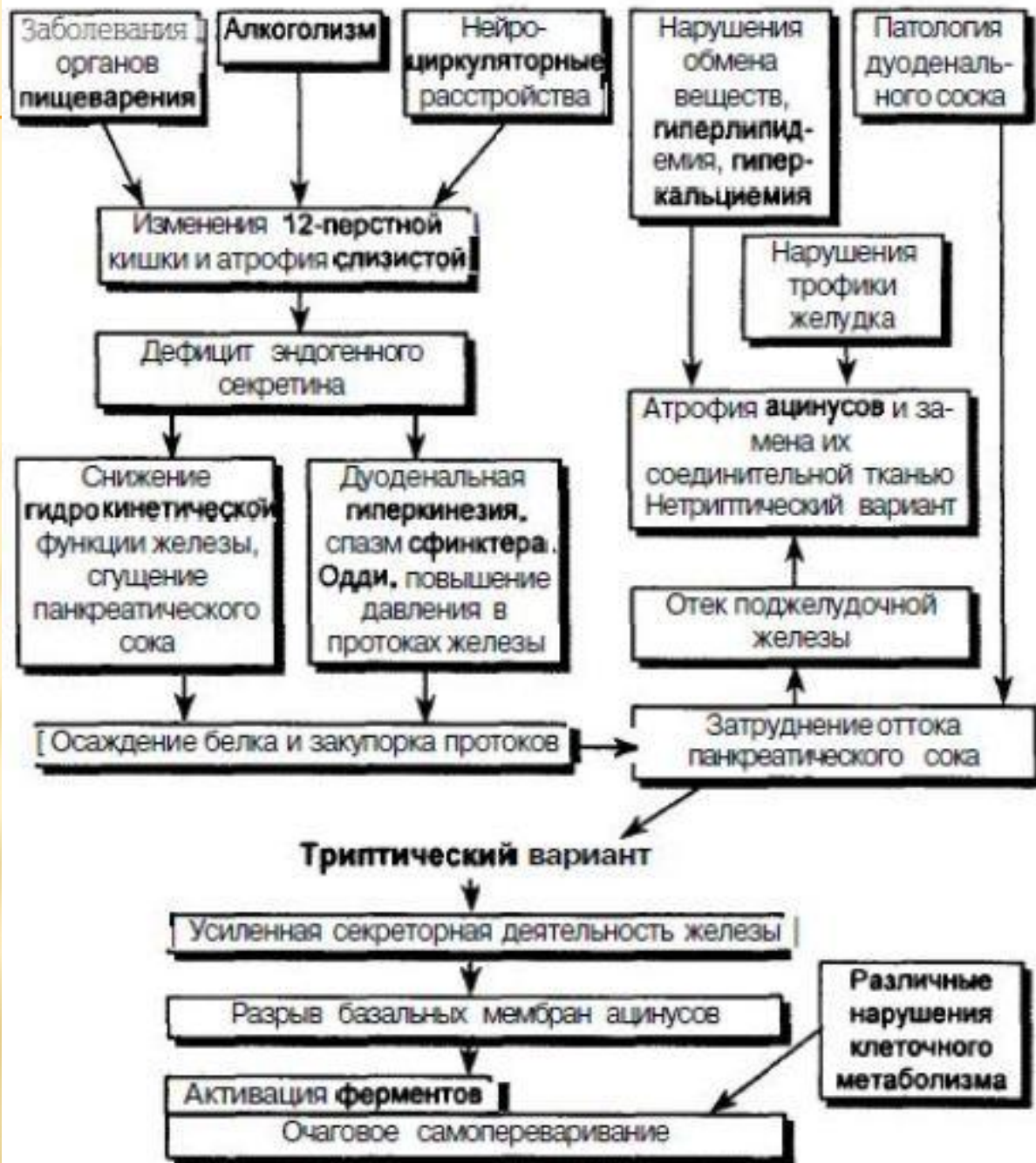
3. Заболевания 12-типерстной кишки и БДС: хронический дуоденит, недосаточность БДС, дуоденальный стаз, вследствие рефлюкса дуоденального содержимого в протоки поджелудочной железы.



4. Алиментарный фактор: пища бедная белком, обильный прием пищи, особенно жареной, жирной, острой.
5. Генетически обусловленные нарушения белкового обмена, генетическая предрасположенность
6. Влияние лекарственных препаратов: цитостатики, эстрогены, глюкокортикостероиды и др.
7. Вирусная инфекция: вирус гепатита В, Коксак
8. Гиперлиппротеинемия
9. Нарушение кровообращения в поджелудочной железе: атеросклеротические изменения, тромбоз, эмболия, системные васкулиты.
10. Гиперпаратиреоз: Высокий уровень кальция стимулирует секрецию ферментов и их активацию
11. Перенесенный острый панкреатит
12. Идиопатический хронический панкреатит: выявить этиологию не удастся



ПАТОГЕНЕЗ



КЛИНИКА

Болевой синдром - появляется достаточно рано.

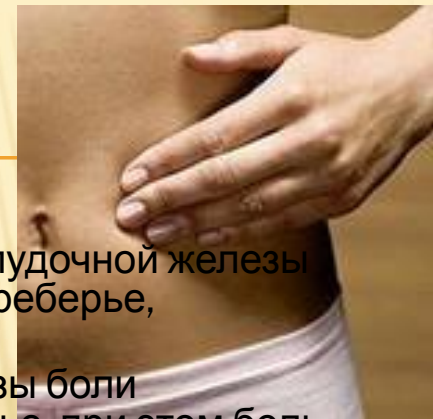
- При локализации воспалительного процесса в области головки поджелудочной железы боли ощущаются в эпигастрии преимущественно справа, в правом подреберье, иррадиируют в область VI-XI грудных позвонков.
- При вовлечении в воспалительный процесс тела поджелудочной железы боли локализуются в эпигастрии, при поражении хвоста — в левом подреберье, при этом боль иррадиирует влево и вверх от VI грудного до I поясничного позвонка.
- При тотальном поражении поджелудочной железы боль локализуется во всей верхней половине живота и носит опоясывающий характер.

Чаще всего боли появляются после обильной еды, особенно после жирной, жареной пищи, приема алкоголя, шоколада. Достаточно часто боли появляются натощак или через 3-4 ч после еды, что требует дифференциальной диагностики с язвенной болезнью 12-перстной кишки. При голодании боли успокаиваются, поэтому многие больные мало едят и потому худеют.

Существует определенный суточный ритм болей: до обеда боли беспокоят мало, после обеда усиливаются (или появляются, если их не было до этого времени) и достигают наибольшей интенсивности к вечеру.

Боли могут быть давящими, жгучими, сверлящими, значительно более выражены в положении лежа и уменьшаются в положении сидя с наклоном туловища вперед.

При выраженном обострении хронического панкреатита и резком болевом синдроме больной принимает вынужденное положение — сидит с согнутыми в коленях ногами, приведенными к животу.



2. **Диспептический синдром** особенно часто он выражен при обострении или тяжелом течении заболевания. Проявляется повышенным слюноотделением, отрыжкой воздухом или съеденной пищей, тошнотой, рвотой, потерей аппетита, отвращением к жирной пище, вздутием живота.

3. **Похудание** — развивается вследствие ограничений в еде (при голодании боли уменьшаются), а также в связи с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы и всасывания в кишечнике. Похуданию способствует также снижение аппетита. Падение массы тела особенно выражено при тяжелых формах ХП и сопровождается общей слабостью, головокружением.

4. **Панкреатогенные поносы и синдромы недостаточного пищеварения и всасывания** — характерны для тяжелых и длительно существующих форм ХП с выраженным нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Поносы обусловлены нарушениями выделения ферментов поджелудочной железы и кишечного пищеварения. Ненормальный состав химуса раздражает кишечник и вызывает появление поноса. При этом характерно выделение больших количеств зловонного кашицеобразного кала с жирным блеском (стеаторея) и кусочками непереваренной пищи.



При тяжелых формах ХП развиваются синдромы мальдигестии и мальабсорбции, что приводит к снижению массы тела, сухости и нарушению кожи, гиповитаминозам (в частности, недостатку витаминов А, D, Е, К и других), обезвоживанию, электролитным нарушениям (снижению содержания в крови натрия, калия, хлоридов, кальция), анемии; в кале обнаруживаются жир, крахмал, непереваренные мышечные волокна.

5. Инкреторная недостаточность — проявляется сахарным диабетом или нарушенной толерантностью к глюкозе

6. Прощупываемая поджелудочная железа. По данным А. Я. Губергрица (1984) патологически измененная поджелудочная железа прощупывается при ХП почти в 50% случаев в виде горизонтального, уплотненного, резко болезненного тяжа, расположенного на 4-5 см выше пупка или на 2-3 см выше большой кривизны желудка. При пальпации поджелудочной железы боль может иррадиировать в спину.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

1. Латентная (безболевая) форма — наблюдается приблизительно у 5% больных и имеет следующие клинические особенности:

- боли отсутствуют или слабо выражены;
- периодически больных беспокоят неинтенсивно выраженные диспептические расстройства (тошнота, отрыжка съеденной пищей, снижение аппетита);
- иногда появляются поносы или кашицеобразный кал;
- лабораторные исследования выявляют нарушения внешне- или внутрисекреторной функции поджелудочной железы;
- при систематическом копрологическом исследовании выявляются стеаторея, креаторея, амилорея.

- ▣ **2. Хроническая рецидивирующая (болевая) форма** — наблюдается у 55-60% больных и характеризуется периодическими приступами интенсивных болей опоясывающего характера или локализующихся в эпигастрии, левом подреберье. Во время обострения бывает рвота, наблюдаются увеличение и отек поджелудочной железы (по данным УЗИ и рентгенологического исследования), повышается содержание α -амилазы в крови и моче.
- ▣ **3. Псевдоопухолевая (желтушная) форма** — встречается у 10% больных, чаще у мужчин. При этой форме воспалительный процесс локализуется в головке поджелудочной железы, вызывая ее увеличение и сдавление общего желчного протока. Основными клиническими признаками являются:
 - ▣ желтуха;
 - ▣ кожный зуд;
 - ▣ боли в эпигастрии, больше справа;
 - ▣ диспептические расстройства (обусловлены внешнесекреторной недостаточностью);
 - ▣ потемнение мочи;
 - ▣ обесцвеченный кал;
 - ▣ значительное снижение массы тела;
 - ▣ увеличение головки поджелудочной железы (обычно это определяется с помощью УЗИ).

- ▣ **4. Хронический панкреатит с постоянным болевым синдромом.** Эта форма характеризуется постоянными болями в верхней половине живота, иррадиирующими в спину, снижением аппетита, похуданием, неустойчивым стулом, метеоризмом. Может прощупываться увеличенная уплотненная поджелудочная железа.
- ▣ **5. Склерозирующая форма хронического панкреатита.** Эта форма характеризуется болями в верхней половине живота, усиливающимися после еды; плохим аппетитом; тошнотой; поносами; похуданием; выраженным нарушением внешнесекреторной и инкреторной функций поджелудочной железы. При УЗИ определяются выраженное уплотнение и уменьшение размеров поджелудочной железы.

Степени тяжести

- Легкое течение характеризуется следующими признаками:
 - обострения редкие (1-2 раза в год) и непродолжительные, быстро купируются;
 - болевой синдром умеренный;
 - вне обострения самочувствие больного удовлетворительное;
 - уменьшения массы тела нет;
 - функция поджелудочной железы не нарушена;
 - копрологический анализ нормальный.

- **Течение средней степени тяжести имеет следующие критерии:**
 - обострения наблюдаются 3-4 раза в год, протекают с типичным длительным болевым синдромом;
 - выявляется панкреатическая гиперферментемия;
 - определяются умеренное снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы и похудание;
 - отмечаются стеаторея, креаторея, аминорея.

- **Тяжелое течение хронического панкреатита характеризуется:**
 - частыми и длительными обострениями с упорным болевым и выраженным диспептическим синдромами;
 - «панкреатогенными» поносами;
 - падением массы тела вплоть до прогрессирующего истощения;
 - резкими нарушениями внешнесекреторной функции поджелудочной железы;
 - осложнениями (сахарный диабет, псевдокисты и кисты поджелудочной железы, обтурация холедоха, частичный стеноз 12-перстной кишки увеличенной головкой поджелудочной железы, перипанкреатит и др.).

ДИАГНОСТИКА

1. **ОАК:** увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево при обострении.
2. **ОАМ:** наличие билирубина, отсутствие уробилина при псевдотуморозном (желтушном) варианте; повышение α -амилазы при обострении, снижение — при склерозирующей форме с нарушением внешнесекреторной функции (норма 28-160 мг/(ч-мл)).
3. **БАК:** при обострении — увеличение содержания α -амилазы (норма 16-30 г/чхл), липазы (норма 22-193 Е/л), трипсина (норма 10-60 мкг/л), γ -глобулинов, сиаловых кислот, серомукоида, билирубина за счет конъюгированной фракции при желтушной форме; глюкозы при нарушении инкреторной функции (склерозирующая форма); снижение уровня альбумина при длительном течении склерозирующей формы.
4. **Копроцитограмма:** мазеподобная консистенция, непереваренная клетчатка, креаторея, стеаторея, амилорея при выраженной внешнесекреторной недостаточности.

5. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы.

Характерными признаками хронического панкреатита являются:

- неоднородность структуры поджелудочной железы с участками повышенной эхогенности;
- кальциноз железы и камни панкреатического протока;
- неравномерно расширенный вирсунгов проток;
- увеличение и уплотнение головки поджелудочной железы при псевдотуморозной форме заболевания;
- неровный контур поджелудочной железы;
- увеличение/уменьшение размеров поджелудочной железы;
- диффузное повышение эхогенности поджелудочной железы;
- ограничение смещения железы при дыхании, ригидность ее при пальпации;
- болезненность при эхоскопически контролируемой пальпации в области проекции железы;
- отсутствие изменений УЗИ поджелудочной железы на ранних стадиях ХП.

Pancreas

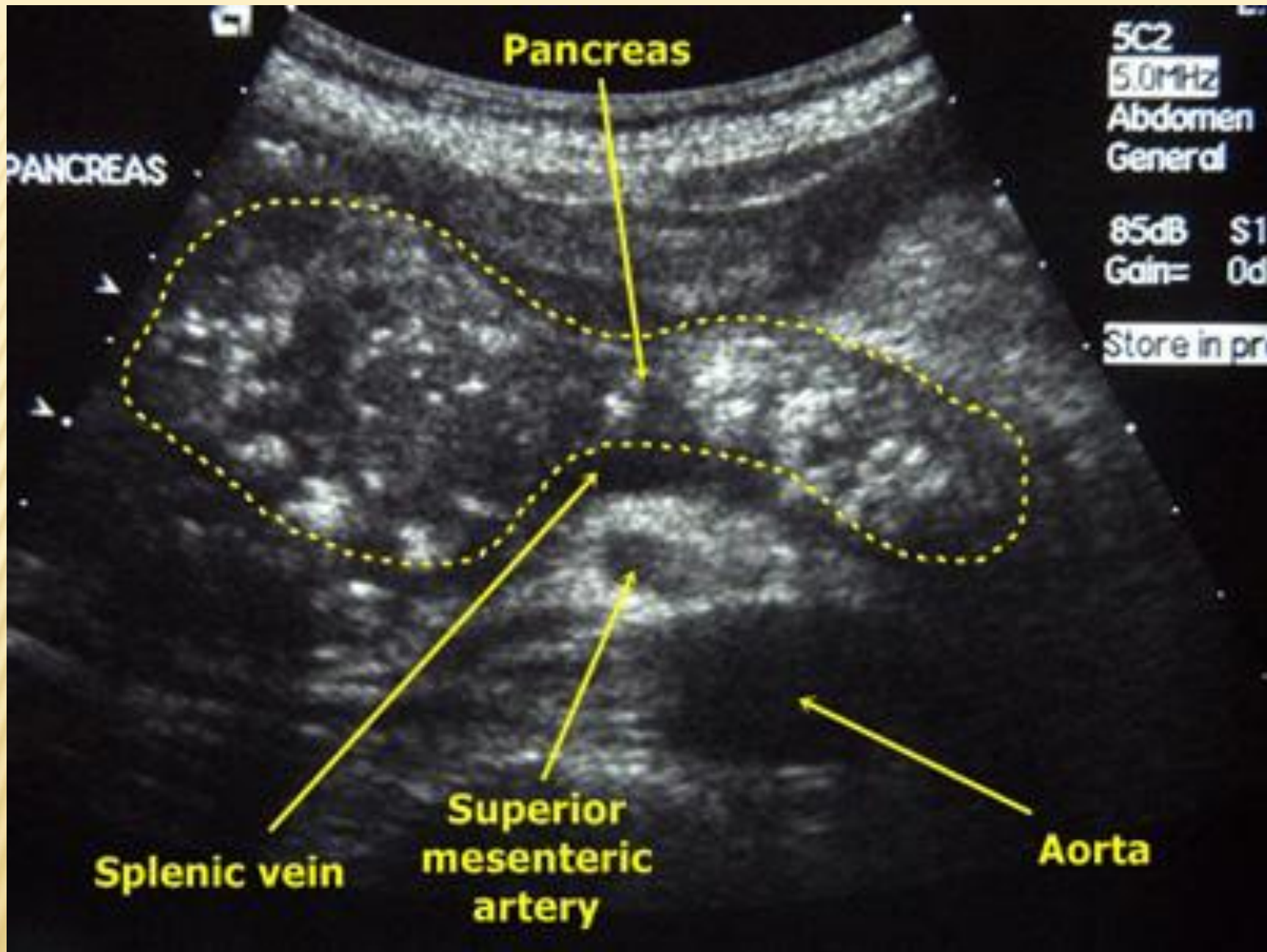
5C2
5.0MHz
Abdomen
General
85dB S1
Gain= 0d
Store in pr

PANCREAS

Splenic vein

**Superior
mesenteric
artery**

Aorta



6. Рентгенологическое исследование (дуоденография в условиях гипотонии) позволяет обнаружить следующие характерные признаки:

- обызвествление поджелудочной железы на обзорной рентгенограмме (признак хронического кальцифицирующего панкреатита);
- развернутость дуги 12-перстной кишки или ее стенозирование (за счет увеличения головки поджелудочной железы);
- вдавление на внутренней стенке нисходящей части 12-перстной кишки; **признак Фростберга** — деформация внутреннего контура нисходящей части 12-перстной кишки в виде зеркально отраженной цифры 3; двухконтурность задней стенки («симптом кулис»), зазубренность внутреннего контура 12-перстной кишки;
- увеличение ретрогастрального пространства (свидетельствует об увеличении размеров тела поджелудочной железы);
- рефлюкс контраста в проток поджелудочной железы (дуоденография под компрессией).

7. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выявляет следующие признаки хронического панкреатита:

- неравномерное расширение вирсунгова протока, его изломанный характер, деформация контура;
- камни в протоке поджелудочной железы;
- неоднородность контрастирования сегментов железы;
- нарушение опорожнения главного протока поджелудочной железы.

8. Компьютерная и магнитнорезонансная томография поджелудочной железы выявляют уменьшение или увеличение размеров, изменения плотности железы, кальцинаты, псевдокисты.

Примеры формулировки диагноза

1. Хронический панкреатит, рецидивирующая форма, средней тяжести, фаза обострения, осложненный кистами поджелудочной железы.
2. Хронический панкреатит, болевая форма, средней тяжести, фаза затухающего обострения; инсулинозависимый сахарный диабет средней тяжести.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Лечение основано на нескольких основных принципах:

- соблюдение диеты,
- устранение болевого синдрома
- нарушенных функций поджелудочной железы.,
Обострение хронического панкреатита является показание для госпитализации.

Больным хроническим панкреатитом рекомендуется исключить из рациона питания алкоголь, жирные, жаренные, соленые и перченые блюда, копчености, свежий белый хлеб, газированные напитки, кофе, шоколад, грибные супы.

Разрешается употреблять в пищу овощные супы, отварные овощи, каши, нежирные сорта рыбы и мяса, отварные макаронные изделия, фрукты, чай. Питание при хроническом панкреатите осуществляется небольшими порциями, 5-6 раз в день. В первые дни обострения хронического панкреатита рекомендуется дробное питание небольшими порциями каждые 3 часа.

Борьба с болью при хроническом панкреатите

препараты со спазмолитической активностью, ликвидирующие спазм сфинктера Одди, восстанавливающие отток панкреатического сока:

М-холинолитики :ПЛАТИФИЛЛИН 1мл 0,2% р-ра п/к 2-3 раза в день

Миотропные спазмолитики: ПАПАВЕРИН 2-4мл 2%р-ра

Ненаркотические анальгетики: АНАЛЬГИН 2 мл 50% р-ра в/м 2-3 раза в день.

Эти группы препаратов могут сочетаться с антигистаминными препаратами: ДИМЕДРОЛ 1мл 1% р-ра, супрастин 1мл 2% р-ра в/м.

ЭУФИЛЛИН 10 мл 2,4 %р-ра в/в медленно

Наркотические анальгетики: ПРОМЕДОЛ 1мл 1-2% р-ра. МОРФИН НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ – ВЫЗЫВАЕТ СПАЗМ СФИНКТЕРА ОДДИ.

Подавление секреции поджелудочной железы:

Голод и питье щелочных растворов, М- холинолитики, снижение кислотности желудочного содержимого

(АЛМАГЕЛЬ, РАНИТИДИН ОМЕПРАЗОЛ)

Подавление активности ферментов поджелудочной железы:

ТРАСИЛОЛ, КОНТРИКАЛ, ГОРДОКС, АМИНОКОПРОНОВАЯ КИСЛОТА

Для коррекции нарушений процесса пищеварения, заместительная терапия, назначают панкреатические ферменты:

Панкреатин – содержит ферменты поджелудочной железы, которые расщепляют углеводы, белки и жиры. Панкреатин принимают во время еды, запивая большим количеством воды, по 2-4 таблетки на прием.

Мезим форте 10 000 – принимают по 2 таблетки во время еды (нормальная доза для взрослого 20 000 ед.) со стаканом щелочной минеральной воды.

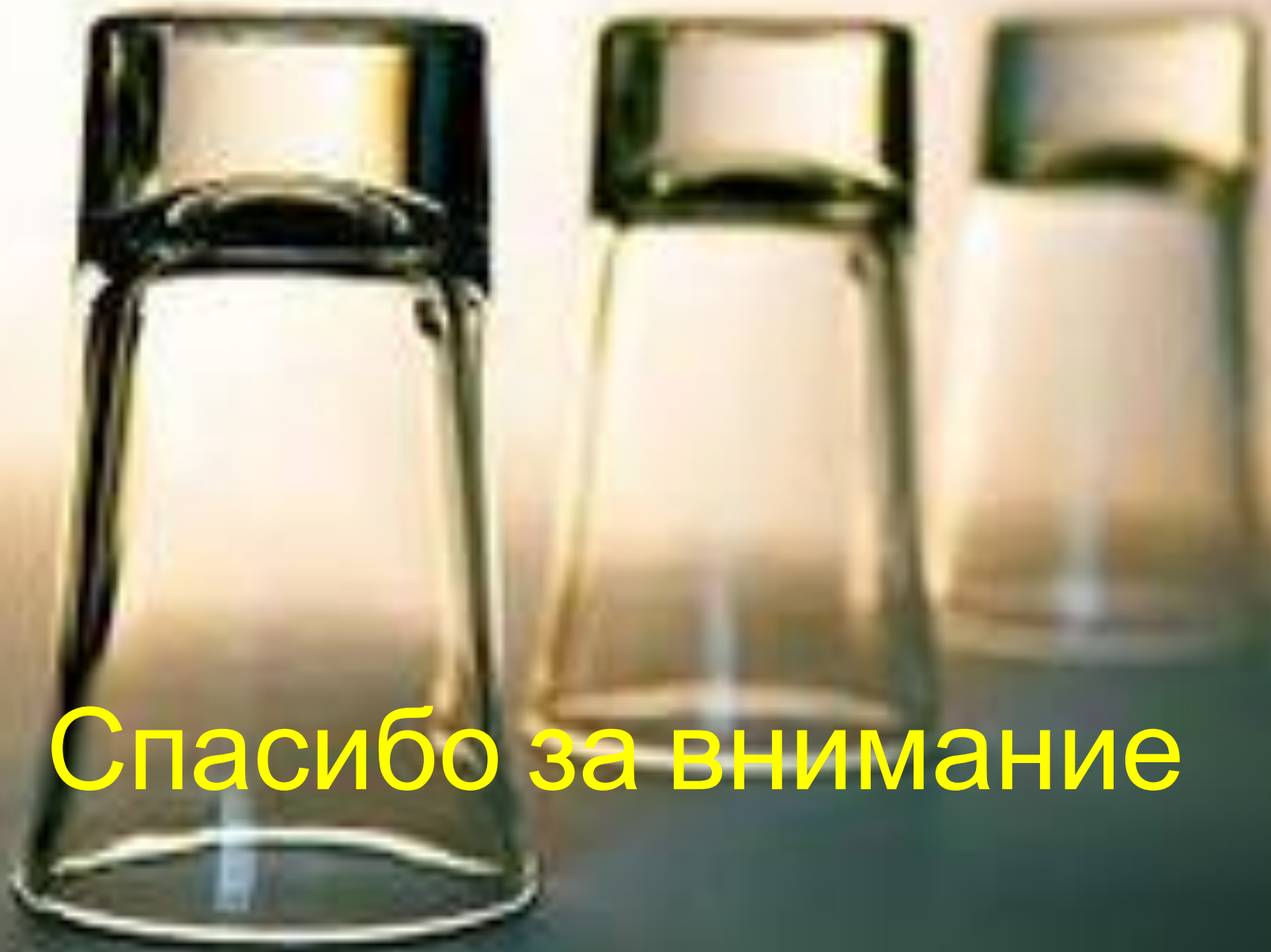
Фестал – принимают по 1-2 драже 3 раза в день во время еды, запивая большим количеством воды.

Креон - современный ферментный препарат

Минеральные воды: ЕССЕНТУКИ, БОРЖОМИ, СМИРНОВСКАЯ.

Физиотерапия

Длительное течение хронического панкреатита, как правило, приводит и к снижению уровня инсулина, вырабатываемого поджелудочной железой. Недостаток инсулина приводит к развитию сахарного диабета. Рекомендуется консультация эндокринолога.



Спасибо за внимание