

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Р. В. Хурса

**АМБУЛАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Учебно-методическое пособие



Минск 2005

УДК 616.36–002–07–039.57 (075.8)
ББК 54.13 я73
Х 98

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 14.12.2004 г., протокол № 4

А в т о р Р.В. Хурса

Р е ц е н з е н т гл. внешт. гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Респуб-
лики Беларусь, доц. каф. военно-полевой терапии Белорусского государственного медицинско-
го университета, д-р мед. наук Н.Н. Силивончик

Хурса, Р. В.
Х 98 Амбулаторная диагностика и лечение заболеваний билиарной системы и поджелу-
дочной железы : учеб.-метод. пособие / Р. В. Хурса. – Мн.: БГМУ, 2005. – 44 с.

ISBN 985–462–431–5.

Рассматриваются амбулаторные аспекты диагностики и лечения наиболее часто встречающихся в
практике участкового терапевта заболеваний билиарной системы и поджелудочной железы. Освещаются
вопросы медико-социальной экспертизы, диспансеризации и реабилитации больных данного профиля.

Предназначается для студентов VI курсов лечебных факультетов медицинских университетов и вра-
чей-стажеров.

УДК 616.36–002–07–039.57 (075.8)
ББК 54.13 я73

ISBN 985–462–431–5

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2005

ГЛАВА 1. СИМПТОМЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

При патологии **желчного пузыря и желчевыводящих путей** частыми признаками являются болевой синдром определенного характера и локализации, разнообразные диспепсические симптомы, в том числе «желудочные» и «кишечные», астеновегетативные нарушения, реже — воспалительный и холестатический синдромы.

Боли локализуются обычно в правом подреберье и подложечной области, иррадиируют в правое плечо, лопатку, правую половину шеи. Могут быть тупыми, ноющими, усиливающимися после употребления жирной, жареной пищи или, реже, после выполнения физических нагрузок. Иногда они приобретают интенсивный схваткообразный характер (так называемый билиарный тип боли), сопровождаются тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения, что в совокупности характеризуется как печёночная колика. Поскольку такой болевой синдром обусловлен обтурацией желчного протока или спазмом сфинктера Одди, он обычно купируется или ослабляется приёмом спазмолитиков, а также использованием тепловых процедур (грелка, ванна), что может пригодиться для дифференциации причин боли *ex juvantibus*.

Постоянные, распирающие боли в правом подреберье, как правило, связаны с нарушением опорожнения желчного пузыря при его гипомоторной дисфункции, поэтому спазмолитики обычно неэффективны. Облегчение приносит опорожнение пузыря с помощью холецистокинетиков при приёме их внутрь, а также при тюбаже (беззондовое зондирование) или при обычном зондировании, производимом с лечебной или диагностической целью.

Горечь во рту и срыгивание желчи — наиболее специфические диспепсические проявления билиарной патологии, обусловленные дуоденальной гипертензией, возникновение которой в свою очередь является результатом ряда патофизиологических процессов. Нарушение пассажа желчи, её химического состава приводит к нарушению переваривания жиров и рециркуляции желчных кислот, а также к микробному обсеменению 12-перстной кишки и кишечному дисбактериозу (схема 1). При этом возникают не только моторные нарушения в желудке и кишечнике (дуоденогастральный рефлюкс, дискинезии 12-перстной кишки и других отделов кишечника), но и нередко — вторичные воспалительные процессы (дуоденит, рефлюкс-гастрит, энтерит, колит), проявляющиеся соответствующими клиническими признаками. Поэтому у больных с большим постоянством отмечаются симптомы желудочной диспепсии — *тошнота, воздушные отрыжки, изжога*, особенно после приёма той же пищи, которая провоцирует боли.

Очень часто бывают *нарушения стула* — поносы, запоры или их чередование, а также *метеоризм, боли по всему животу*.

Достаточно часто присутствуют признаки умеренно выраженного *вегетативного дисбаланса и астенизации* (потливость, сухость во рту, нарушения сна, неустойчивое настроение, раздражительность и др.).

1. Избыточное продуцирование органических кислот в результате микробного гидролиза пищевых компонентов



- а. Увеличение осмолярности кишечного содержимого
- б. Снижение уровня внутрикишечного рН
- в. Нарушение процессов пищеварения и всасывания



Клинические симптомы: боли в животе, метеоризм, поносы, стеаторея, потеря массы тела, гиповитаминозы, анемия

2. Преждевременная бактериальная деконъюгация и избыточный пассаж желчных кислот в толстую кишку, гидроксילирование жирных кислот



- а. Стимуляция интестинальной секреции воды с потерей жидкости и электролитов
- б. Повреждение слизистой оболочки кишки
- в. Нарушение процессов гидролиза и всасывания компонентов пищи



Клинические симптомы: секреторная диарея (не купируется после 24-часового голодания), потеря массы тела (только при тонкокишечных нарушениях), развитие воспалительных изменений в слизистой оболочке кишки

3. Моторные расстройства различных отделов кишечника



- а. Дуоденальная гипертензия (горечь во рту, воздушные отрыжки, чувство быстрого насыщения, тяжесть и боли в эпигастрии, тошнота и эпизодическая рвота, приносящая облегчение)
- б. Гипермоторная дискинезия тонкой и/или толстой кишки (ведущий симптом — безболевые поносы)
- в. Спастическая дискинезия толстой кишки (запоры, бобовидный кал, боли в животе)

Схема 1. Факторы, обуславливающие формирование клинических проявлений, связанных с избыточным бактериальным ростом в кишечнике

Желтуха, кожный зуд, обесцвечивание кала и потемнение мочи, особенно после болевого эпизода, — классические признаки обтурационного холестаза, который может быть при холелитиазе, раке фатерова соска или при холангите, а также (как кратковременный эпизод) при дисфункции сфинктера Одди.

Лихорадка — типичное клиническое проявление воспалительного процесса в желчном пузыре и протоках. Она обычно бывает субфебрильной, реже (при холангите) — высокой, с ознобами.

Указанные группы симптомов не патогномоничны для заболеваний билиарной системы, они могут иметь место при патологии соседних органов (печень, желудок, поджелудочная железа), что требует соответствующего дифференциального диагноза. Кроме того, нуждается в уточнении и характер патологического процесса в самом желчном пузыре и протоковой системе (воспаление, обструкция, моторные нарушения и др.).

Для диагностики необходимо целенаправленно уточнить анамнестические данные и жалобы больного, провести тщательные физикальное, лабораторные и инструментальные исследования.

Из *анамнеза* следует уточнить наследственность в отношении желчнокаменной болезни и заболеваний печени, выяснить, переносил ли больной в прошлом вирусный гепатит, пребывал ли в местностях распространения паразитарных заболеваний (Западная Сибирь — описторхоз, Казахстан, Средняя Азия — эхинококкоз, амебиаз). Кроме того, нужно установить характер и локализацию болей, факторы их провоцирующие и снимающие. Это дает возможность предположить тип моторных нарушений.

При *осмотре* кожных покровов и слизистых оболочек необходимо обратить внимание на наличие желтушности, расчёсов, оценить степень упитанности больного и выявить признаки нарушения холестерина обмена, такие, как ксантелазмы и ксантомы (холестериновые отложения под кожей век и в других местах соответственно). Избыточная масса тела, ксантелазмы — частые спутники хронического холецистита, появление же на этом фоне симптомов механической желтухи после болевого приступа — убедительный аргумент в пользу желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Постепенное нарастание степени желтушности, похудение больного, постоянные, но умеренные боли в правом подреберье могут быть при раке желчного пузыря или его протоков, при холангите, при заболеваниях печени (гепатит, цирроз, рак), при раке головки поджелудочной железы. Однако холангит отличается выраженным лихорадочным синдромом и обычно развивается на фоне калькулёзного холецистита или после холецистэктомии. При заболеваниях печени холестатический синдром сочетается с комплексом других симптомов (гепатомегалия, портальная гипертензия, нарушение показателей функциональных проб и др.).

Необходимо провести детальный осмотр больного по органам и системам, поскольку боли в правом подреберье, желтуха и другие симптомы «заинтересованности» гепатобилиарной системы могут быть вторичными, например, проявлением метастатических поражений печени опухолями самой разной локализации, застоя при сердечной недостаточности, а также следствием самостоятельных или сопутствующих заболеваний соседних органов пищеварения — желудка, 12-перстной кишки, поджелудочной железы. В свою очередь и патология билиарной системы может проявляться рефлекторной стенокардией (синдром Боткина–Кушелевского), брадикардией (при холестазах), болями в спине, под лопаткой и ключицей, симулирующими остеохондроз позвоночника и др.

Пальпация желчного пузыря производится ниже рёберной дуги у наружного края прямой мышцы живота (точка Маккензи). Поскольку прямая мышца живота редко хорошо контурируется, особенно у лиц с избыточной массой тела, лучше пользоваться другим ориентиром для определения проекции желчного пузыря — у точки пересечения рёберной дуги с условной линией, соединяющей правую подмышечную впадину и пупок.

В норме желчный пузырь не пальпируется и надавливание в точке его проекции безболезненно. Иногда безболезненный, но увеличенный желчный пузырь в виде округлого образования может обнаруживаться визуально (при взгляде на переднюю поверхность брюшной стенки сбоку) или даже пальпироваться. Это симптом Курвуазье, характерный для рака поджелудочной железы с обструкцией желчного протока.

При заболеваниях желчного пузыря пальпаторно часто можно выявить симптомы, указывающие на его раздражение или на раздражение вегетативной нервной системы.

К основным признакам раздражения желчного пузыря, выявляемым при пальпации, относятся следующие симптомы, названные по имени авторов, их предложивших:

1. Кера — боль на вдохе при глубокой пальпации в правом подреберье.
2. Мерфи — резкая боль с прерыванием дыхания при глубоком вдохе, когда исследователь большим пальцем равномерно надавливает на точку желчного пузыря, положив ладонь на рёберную дугу.
3. Лепене–Василенко — боль на вдохе при постукивании согнутыми пальцами под областью желчного пузыря.
4. Гауссмана — резкая боль при толчкообразном надавливании на область желчного пузыря на высоте вдоха.
5. Ортнера — боль в правом подреберье при постукивании ребром ладони по краю правой рёберной дуги.
6. Айзенберга-II — боль в правом подреберье при сотрясении желчного пузыря, вызываемом подъёмом больного на носки с резким опусканием на пятки.

К симптомам раздражения (ирритации) вегетативной нервной системы, выявляемым при пальпации, относятся:

1. Болезненность в точках Боаса (свободные концы XI и XII правых ребер) при пальпации; в области правого верхнего квадранта живота (зоны гиперестезии Захарьина–Геда); локальная боль и её пронизывающая иррадиация в область желчного пузыря при поколачивании ребром ладони ниже угла правой лопатки (симптом Айзенберга-I). Эти симптомы указывают на раздражение сегментов иннервации желчного пузыря.

2. Симптомы ирритации правых сегментов вегетативной нервной системы вне иннервации желчного пузыря: болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси), у линии роста волос в нижней части затылочной области (симптом Йонаша), над верхним краем глазницы у переносицы, в подключичной ямке и др. Все точки расположены справа, поэтому для выявления этих симптомов необходимо проводить пальпацию симметрично с обеих сторон.

3. Признаки ирритации солнечного сплетения — болезненность при надавливании на мечевидный отросток (симптом Пекарского); левее средней линии на уровне передних концов X ребра и др.

Симптомы раздражения желчного пузыря и вегетативной нервной системы (отдельные или в совокупности) выявляются обычно при воспалительных заболеваниях желчного пузыря и протоков, особенно при калькулёзном холецистите, при котором иногда может пальпироваться и сам увеличенный болезненный желчный пузырь. При этом печень обычно не бывает увеличена, хотя при холангите или сопутствующем гепатите может быть умеренная гепатомегалия.

Для верификации диагноза необходимо проводить лабораторные и инструментальные исследования.

Из лабораторных исследований проводятся:

а) общий анализ крови — с целью выявления воспалительного синдрома (лейкоцитоз, увеличение СОЭ, «левый» сдвиг) и сопутствующих патологических состояний, например анемии, которая может быть при раке желчного пузыря, печени и др.;

б) биохимический анализ крови — для выявления холестаза при заболеваниях желчных путей и вторичного поражения печени, а также воспалительного процесса и общих обменных нарушений. Для этого определяют содержание:

- общего белка и белковых фракций;
- билирубина и его фракций;
- холестерина;
- глюкозы;
- сывороточных ферментов АлАТ, АсАТ (аланиновая и аспарагиновая аминотрансферазы), ЩФ (щелочная фосфатаза), ГГТП (гамма-глутамилтранспептидаза);

- С-реактивного белка;

в) определение группы крови и резус-фактора — при подозрении на холелитиаз;

г) анализ мочи на диастазу — для исключения панкреатита, особенно при печёночной колике или выраженном болевом синдроме;

д) анализ кала (копрограмма) — для оценки состояния пищеварения, в том числе и степени переваривания жиров, тесно связанного с функционированием гепатобилиарной системы, а также (в некоторых случаях) для выявления в кале простейших организмов (лямблий) и яиц гельминтов.

Дуоденальное зондирование с исследованием дуоденального содержимого — старейший метод *инструментальной диагностики* заболеваний желчного пузыря. Оно проводится тонким зондом с металлической оливой, лучше двухканальным, чтобы исключить примесь желудочного сока. Пузырный рефлекс вызывается интрадуоденальным введением 50 мл 25 %-ного раствора сернокислой магнезии, или 30 мл оливкового масла, или 40 мл 20 %-ного раствора глюкозы либо внутривенным введением 3 мг холецистокинина.

Используются два варианта процедуры зондирования.

1. Классический способ Мельтцера–Лайона предусматривает выявление 3 фаз желчеотделения — порций *A* (дуоденальное содержимое), *B* (пузырная желчь), *C* (печёночная желчь). Полученные порции желчи анализируют в лаборатории (см. далее). Порция *B* в норме отличается от порций *A* и *C* темно-оливковым цветом и большей вязкостью желчи, что при патологии билиарной системы не всегда четко выявляется. В связи с этим целесообразно проводить хроматическое исследование (проба Дельгадо Фебрес): больной накануне принимает 0,15 г метиленового синего, в результате чего пузырная желчь окрашивается в сине-зелёный цвет, надёжно отличающий её от порций *A* и *C*.

2. Многофракционное дуоденальное зондирование, которое, кроме получения трёх порций желчи, предусматривает учёт времени выделения каждой из них и их объёма:

– I фаза (порция *A*) — время истечения желчи с момента установки зонда до введения стимулятора — продолжается в норме 20–40 мин, объём желчи 20–40 мл;

– II фаза (период закрытого сфинктера Одди) — время с момента введения стимулятора до появления желчи из зонда — 3–6 мин;

– III фаза (фаза холедоха) — с момента открытия сфинктера Одди и выделения светло-золотистой желчи до появления тёмной (пузырной) желчи — 2–3 мин, количество желчи 3–5 мл;

– IV фаза (пузырная, порция *B*) — с момента выделения пузырной желчи до появления янтарно-жёлтой печёночной желчи — 30–40 мин, количество желчи 20–50 мл;

– V фаза (порция *C*) — длится 20–30 мин, в течение которых выделяется 15–30 мл печёночной желчи, после чего зонд извлекают.

Фракционное зондирование позволяет выявить моторные нарушения желчного пузыря, протоков и сфинктера Одди. Например, чрезмерная продолжительность II фазы свидетельствует о спазме сфинктера Одди, большой объём и продолжительность выделения пузырной желчи (IV фаза) — о застое в желчном пузыре и т. д.

Исследование дуоденального содержимого предусматривает его визуальную оценку (цвет, прозрачность, примеси слизи, хлопьев и др.), микроскопию, при необходимости и возможности — определение некоторых биохимических показателей и проведение бактериологического анализа.

Важнейшей микроскопической «находкой» является обнаружение в одной из порций простейших (прежде всего лямблий) и яиц гельминтов (печёночной, кошачьей двуусток и др.), что требует специфического лечения.

Лейкоциты редко обнаруживаются в желчи, так как очень быстро разрушаются желчными кислотами. Чаще выявляются лейкоцитоиды — видоизмененные клетки дуоденального эпителия. При воспалительных и дистрофических изменениях в билиарной системе в порциях *B* и *C* повышается количество цилиндрических клеток желчных протоков, эпителия желчного пузыря. При раке могут обнаруживаться атипичные клетки, а при застое желчи — скопления кристаллов холестерина, билирубинатов кальция.

Бактериологическое исследование желчи проводится по показаниям для определения микрофлоры и её чувствительности к антибактериальным препаратам.

Биохимические показатели желчи, такие, как уровень холестерина, фосфолипидов, желчных кислот и их соотношение, могут указывать на повышенную литогенность желчи (в частности, снижение холато-холестеринового коэффициента). Результаты сравнения содержания билирубина в порциях желчи могут указать на нарушение концентрационной функции желчного пузыря (при сниженной концентрации его в пузырной порции). Наличие С-реактивного белка и повышенное содержание сиаловых кислот в желчи свидетельствуют об активности воспалительного процесса в желчном пузыре.

Из других методов инструментальных исследований применяются следующие.

УЗИ органов брюшной полости — дает возможность визуализировать печень, поджелудочную железу, желчный пузырь и внепечёночные желчные протоки; позволяет выявлять камни в желчном пузыре, расширения внепечёночных желчных протоков, определять толщину стенки желчного пузыря, обнаруживать его деформацию и др. УЗИ можно использовать также для уточнения функции желчного пузыря и сфинктера Одди при применении «желчегонного завтрака» (например, сырой яичный желток), вызывающего сокращение желчного пузыря и его опорожнение.

Оральная холецистография (ОХЦГ) — рентгенологический метод, позволяющий определить форму желчного пузыря и протоков, характер их функционирования, а также диагностировать конкременты, полипы и др. С этой целью пациент принимает внутрь за 12 часов до исследования йодсодержащее контрастное вещество в таблетированной форме (холевид, йопагност и др.). В день исследования после первоначальной рентгенологической визуализации желчного пузыря и последующего приёма желчегонного завтрака (2 сырых яичных желтка) проводится повторная рентгенография, позволяющая определить степень опорожнения и тонус пузыря.

Противопоказаниями к проведению ОХЦГ являются признаки холестаза (билирубин более 50 мкмоль/л с преобладанием фракции прямого), тяжёлые заболевания печени, непереносимость йода. Рвота, диарея, нарушение процесса эвакуации из желудка также служат противопоказаниями к проведению ОХЦГ, поскольку в таких случаях контрастное вещество не сможет попасть в желчь и желчный пузырь не будет виден. Отсутствие визуального изображения органа при исключении указанных противопоказаний (так называемый «отключённый желчный пузырь») — свидетельство обтурации пузырного протока и нефункционирующего желчного пузыря. Эта ситуация требует подтверждения другими методами диагностики — внутривенной холецистографией, радионуклидной скintiграфией, УЗИ. С широким внедрением в практику УЗИ и компьютерных томографических методов исследования в последние годы ОХЦГ применяется достаточно редко.

Рентгеновская компьютерная (РКТ) и магнито-резонансная томография (МРТ) — высокоинформативные методы диагностики структурных нарушений

в гепатобилиарной системе, в поджелудочной железе, а также выявления конкрементов, в том числе в протоках.

Радионуклидная сцинтиграфия с технецием (^{99m}Tc) позволяет оценить степень накопления изотопа в печени и билиарной системе, особенности структуры и функционирования желчного пузыря и протоков. Это исследование очень информативно при блокаде конкрементом пузырного протока, из-за чего препарат не попадает в желчный пузырь (феномен «отключенного желчного пузыря»).

Если диагностические вопросы решить не удастся, в условиях стационара используют сложные инвазивные методы — внутривенную холангиографию (ВХГ), транспечёночную холангиографию (ТПХ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), манометрию сфинктера Одди, лапароскопию.

ВХГ и ТПХ проводятся для выявления причин и уровня обструкции желчных путей, если невозможно выполнить ОХЦГ. Диагностические возможности этих способов почти одинаковые. ЭРХПГ позволяет дополнительно исследовать панкреатические протоки, область фатерова соска, 12-перстной кишки, желудок и пищевод. Однако ТПХ чревата осложнениями (кровотечение, желчный перитонит, сепсис), а ЭРХПГ может вызвать острый панкреатит, поэтому такие исследования проводятся по строгим показаниям.

Манометрия сфинктера Одди осуществляется с целью диагностики его дисфункции. В условиях стационара метод можно дополнить провокационными тестами с морфином или простигмином, поскольку морфин усиливает спазм этого сфинктера, а простигмин (ингибитор антихолинэстеразы) стимулирует секрецию панкреатического сока. После введения препаратов за больным устанавливают тщательное наблюдение, чтобы выяснить, провоцируют ли они развитие болевого приступа и повышение уровня ферментов печени и/или поджелудочной железы.

Лапароскопия показана в тех случаях, когда остаются диагностические вопросы после использования других способов исследования гепатобилиарной системы. Во время процедуры наряду с осмотром желчного пузыря и соседних органов можно выполнить холеграфию.

Ввиду сходства многих клинических симптомов (боли в эпигастрии, тошнота, отрыжка, нарушение стула и др.) с проявлениями заболеваний желудка и 12-перстной кишки (схема 2), а также из-за частого сочетанного поражения этих органов и билиарной системы обязательно проводится эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). При упорных нарушениях стула и других симптомах кишечной дисфункции целесообразно провести рентгенологическое или эндоскопическое исследование кишечника.

Кроме того, необходима ЭКГ для дифференциации болевого синдрома от заболеваний сердца, в частности от ИБС.

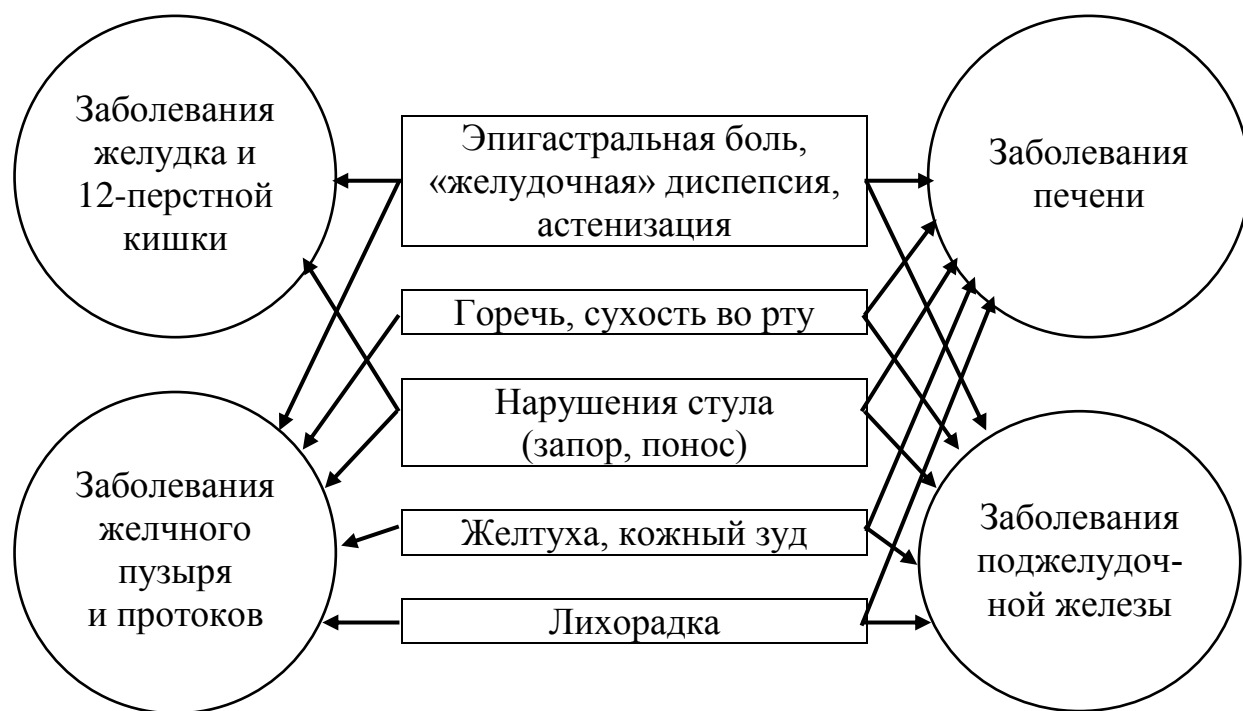


Схема 2. Клинические симптомы, позволяющие заподозрить патологию билиарной системы, и основные заболевания, требующие дифференциации

С целью диагностики, в том числе и дифференциальной (прежде всего разграничение заболеваний, указанных на схеме 2), в амбулаторных условиях проводятся:

- общий анализ крови и мочи;
- исследование мочи на диастазу;
- биохимический анализ крови — общий белок и его фракции, билирубин и его фракции, холестерин, глюкоза, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, С-РБ;
- определение группы крови, выявление резус-фактора;
- копрологическое исследование (копрограмма);
- УЗИ органов брюшной полости, по возможности с провокацией желчегонной пищей (желток);
- ЭГДС;
- ЭКГ;
- дуоденальное зондирование (желательно — многофракционное).

ОХЦГ, РКТ или МРТ проводятся по специальным показаниям.

Выявление конкрементов или необходимость применения инвазивных методов исследования служат показаниями для консультации больного у хирурга.

Среди заболеваний желчевыводящей системы чаще всего отмечаются дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди, хронический калькулёзный и некалькулёзный холецистит. Реже встречаются паразитарные заболевания (лямблиоз, описторхоз), опухоли желчного пузыря и его протоков.

Патологию **поджелудочной железы** следует предположить при сочетании таких симптомов, как упорные боли в верхней половине живота, диспепсические явления «желудочного» и «кишечного» типа, с общими симптомами (потеря массы тела, признаки гиповитаминозов и др.), а также с признаками нарушения углеводного обмена.

Боли обычно локализуются в эпигастрии, в левом подреберье или носят опоясывающий характер (примерно у одной трети больных). Они иррадируют в спину, левую половину грудной клетки, под левую лопатку и могут быть приступообразными, достаточно сильными или постоянными, умеренными. Их возникновение или усиление провоцируется перееданием, приёмом алкоголя, жирных блюд, а также воздействием тепла или физиопроцедур. Для них характерна торпидность (неподатливость) к лечебным мероприятиям. Приступообразные боли нередко удается ослабить применением холода (местно) или спазмолитиков.

Диспепсические расстройства, обычно сопровождающие боли (отрыжка, тошнота, рвота) и различные симптомы кишечной дисфункции (метеоризм, урчание в животе, поносы и запоры) также отличаются большим упорством и являются в первую очередь следствием нарушения процесса пищеварения (экзокринной панкреатической недостаточности). При поносах кал неоформленный, обильный, на вид «жирный». Возникновение диспепсических симптомов провоцируют также вторичные моторные расстройства и сопутствующие заболевания других органов пищеварения (желудка, желчного пузыря и протоков, печени и др.).

Нередко пациенты жалуются *на нарушение вкуса* — ощущение металлического, кислого, сладкого или иного необъяснимого привкуса во рту (дисгевзия).

Длительное нарушение процесса пищеварения может привести к *похудению больных*, к *гиповитаминозам* (сухость кожных покровов и слизистых оболочек, трещины в углах рта и глаз и др.), к *анемии* и другим общим расстройствам обмена веществ.

Внезапная, стойкая *потеря аппетита*, особенно в сочетании с болями в верхней половине живота, может быть одним из ранних симптомов опухоли поджелудочной железы.

При хроническом панкреатите нередко внезапные *гипогликемические состояния* (острое чувство голода, потливость, дрожь в теле и др.), *сухость во рту*, *жажда* и другие симптомы нарушенной толерантности к глюкозе или явные признаки сахарного диабета.

Нарастающая после длительного периода более *желтуха*, особенно в сочетании с анорексией и похудением, позволяет весьма обоснованно подозревать рак головки поджелудочной железы.

Поскольку заболевания поджелудочной железы проявляются в основном той же симптоматикой, что и заболевания других органов пищеварения, необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику, включающую целенаправленное уточнение анамнеза, физикальное исследование больного и проведение параклинических исследований.

Из *анамнеза* следует уточнить наследственность больного в отношении желчнокаменной болезни, выяснить, переносил ли он травмы живота, эпидемический паротит, болезни гепатобилиарной системы, желудка и 12-перстной кишки (язву), не имеют ли место выраженный атеросклероз, а также злоупотребление алкоголем и медикаментами (нестероидными противовоспалительными, мочегонными, антибиотиками и др.), белковое голодание. Эти обстоятельства имеют значение как возможные этиологические факторы хронического панкреатита.

Детальное *физикальное исследование* проводится по органам и системам с попыткой прощупать поджелудочную железу. Последняя в норме не пальпируется и область её проекции безболезненна. Проекция оси железы на брюшную стенку находится на линии, соединяющей точки Дежардена и Мейо–Робсона. Первая расположена на линии, соединяющей пупок с центром правой подмышечной впадины, на 5–7 см выше пупка, вторая — на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок и середину левой рёберной дуги (схема 3).

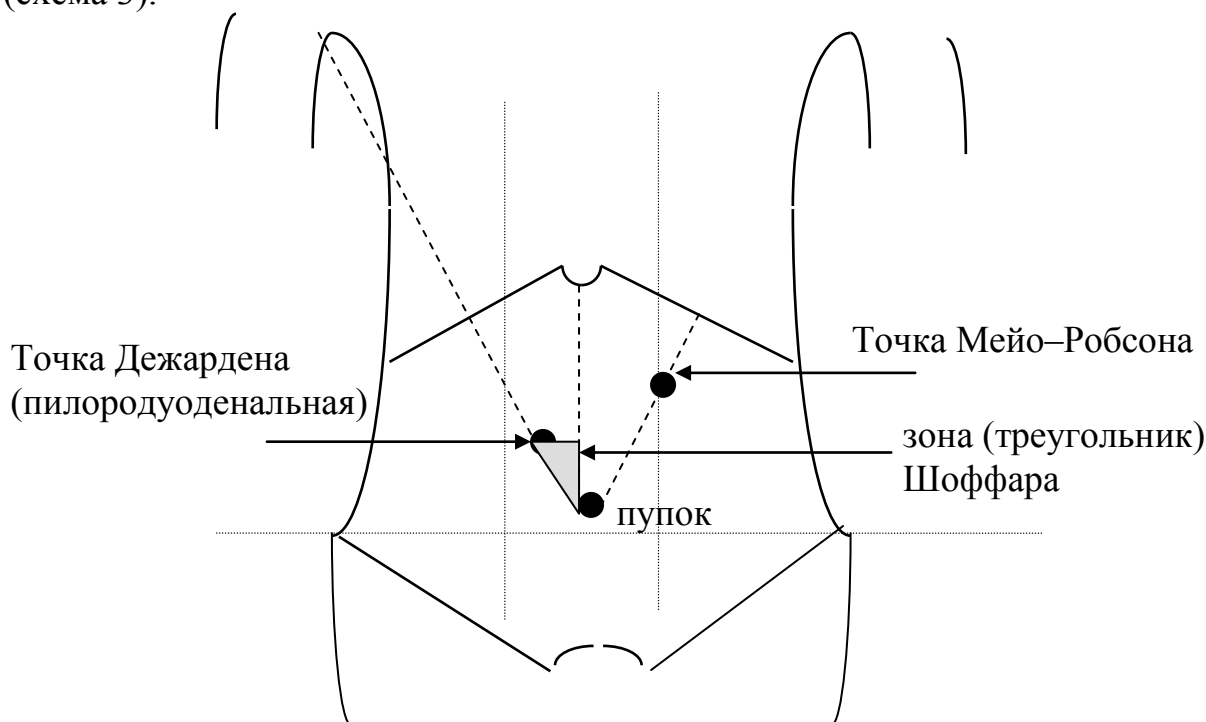


Схема 3. Точки пальпации поджелудочной железы на передней брюшной стенке

Указанные точки можно использовать для прицельной пальпации различных отделов железы. Так, при поражении её головки локальная болезненность отмечается в точке Дежардена и в зоне Шоффара, при поражении хвоста — в точке Мейо–Робсона, в левом рёберно-позвоночном углу (симптом Мейо–Робсона), а также при постукивании вдоль оси левой подмышечной впадины и в поясничной области слева.

Для повышения информативности пальпации этого органа используется методика Гротта, которая предусматривает прощупывание железы вдоль её оси и в упомянутых точках последовательно в трёх положениях пациента: первая

позиция — больной лежит на спине и с помощью валика или своих рук создает лордоз над областью органа; вторая позиция — больной лежит на правом боку; третья позиция — больной стоит лицом к врачу, слегка наклонившись вперед и влево.

Лабораторные исследования позволяют выявить признаки повреждения и воспаления железы, уточнить состояние внешне- и внутрисекреторной функций органа.

Общий и биохимический анализы крови проводятся с целью выявления воспалительного синдрома и сопутствующих патологических состояний, особенно гепатобилиарной системы (см. соответствующий раздел), а также общих обменных нарушений.

Проводятся и *тесты на повреждение поджелудочной железы*. Индикатором воспалительного поражения этого органа является повышенное содержание его ферментов (амилазы, трипсина, липазы, эластазы и др.) в сыворотке и моче. Следует напомнить, что гиперамилаземия может быть вызвана также заболеванием слюнных желез, вирусным гепатитом, почечной недостаточностью, острым аппендицитом, перитонитом, многими лекарственными веществами (глюкокортикоиды, салицилаты, фуросемид и др.), поэтому для более точной и ранней диагностики болезней поджелудочной железы предпочтительнее определять содержание изоферментов альфа-амилазы.

В амбулаторной клинической практике наиболее часто пользуются тестами на определение активности альфа-амилазы в сыворотке крови и в первую очередь, амилазы (диастазы) — в моче, поскольку данный показатель достаточно информативен, особенно при повторных исследованиях (в динамике) и методически определяется довольно просто. Признаком повреждения поджелудочной железы считается повышение активности этого фермента в моче в 2 раза и более. При панкреатитах повышенная активность диастазы в моче сохраняется дольше, чем в крови. Таким образом, для исключения панкреатита, особенно при выраженном болевом синдроме, нужно обязательно проводить это исследование.

Диагностику внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы на сегодняшний день осуществляют с помощью:

а) прямых методов (определение уровня панкреатических ферментов в панкреатическом соке, дуоденальном содержимом, кале, моче, в сыворотке крови);

б) косвенных методов (основаны на оценке ферментативной активности железы по переваривающей способности её секрета — копрологическое исследование, тест с парааминобензойной кислотой — *РАВА*-тест, дыхательные пробы).

Ведущим является прямой метод оценки экзокринной функции поджелудочной железы — исследование базального и стимулированного её секрета, полученного либо непосредственно из панкреатического протока, либо при дуоденальном зондировании с использованием специального двух- или трёхканального зонда. В качестве стимуляторов секреции используются панкреозимин (стимулирует выброс панкреатических ферментов) и секретин (стимулирует

ет выделение бикарбонатов). Оцениваются общий объём секреции, содержание бикарбонатов, амилазы, липазы, трипсина. Панкреозимин-секретинный тест считается «золотым стандартом» диагностики внешнесекреторной панкреатической недостаточности.

Можно использовать также упрощенный вариант исследования панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом после введения в кишку смеси соляной кислоты с оливковым маслом или стандартной пищевой нагрузки, содержащей 5 % белка, 6 % жира, 15 % углеводов и 300 мл воды (проба Лунда).

Исследование панкреатического и дуоденального содержимого проводится, как правило, в специализированных учреждениях, хотя в принципе эти методы относительно просты и доступны.

На практике чаще оценивается содержание панкреатических ферментов в кале. Поскольку амилаза и липаза расщепляются при транзите по кишечнику, диагностическое значение имеет оценка содержания протеаз (химотрипсина и эластазы). Эластаза-1 — самый стабильный в желудочно-кишечном тракте панкреатический фермент. Содержание его тесно коррелирует с содержанием других ферментов (протеаз, липазы, амилазы) и бикарбонатов в панкреатическом соке. При панкреатической недостаточности (еще до появления клинических симптомов!) содержание эластазы-1 в кале снижается, поэтому определение уровня данного фермента — один из наиболее ценных современных методов исследования внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Среди косвенных методов самым распространенным является копрологическое исследование — оно позволяет оценить степень перевариваемости пищи. Повышенное содержание в кале нейтрального жира и мыл на фоне нормального содержания жирных кислот (стеаторея), а также наличие малоизмененных мышечных волокон (креаторея) свидетельствуют о ферментативном дефиците. Для количественного подсчета капель жира и непереваренных мышечных волокон исследование проводят на фоне стандартной трёхдневной диеты больного, отличающейся высоким содержанием жира и мясных продуктов (диета Шмидта). При стеаторее в поле зрения обнаруживается 100 и более жировых капель, при креаторее — 10 и более мышечных волокон. Амилорея (повышенное количество крахмальных зерен) не характерна для поражения поджелудочной железы, поскольку недостаток панкреатической амилазы компенсируется амилолитическими ферментами кишечника и бактерий.

Способность химотрипсина расщеплять пептиды в тонкой кишке лежит в основе *РАВА*-теста: пациент накануне исследования принимает перорально бензилтирозипарааминобензойную кислоту (бентирамид), которая в кишечнике расщепляется с образованием парааминобензойной кислоты (ПК, или *РАВА* в англоязычной аббревиатуре), после чего через 8 часов определяют количество выделенной ПК с мочой либо (реже) концентрацию ПК в сыворотке крови.

К косвенным методам диагностики внешнесекреторной панкреатической недостаточности относятся также дыхательные тесты с использованием радиоактивного изотопа углерода, связанного с производными жирных кислот. Пероральный приём таких «меченых» препаратов приводит к их расщеплению липазой в просвете кишечника с последующим выделением изотопа углерода в

составе CO₂ выдыхаемого воздуха. По этому углероду и производится количественная оценка расщеплённого препарата.

Оценка состояния внутрисекреторной активности поджелудочной железы проводится путём исследования уровня глюкозы в крови натощак, глюкозы в моче и с помощью глюкозотолерантного теста (сахарная кривая) с двухкратной или (чаще) с однократной сахарной нагрузкой.

В специализированных учреждениях по показаниям проводятся исследования гастроинтестинальных и панкреатических гормонов (гастрина, инсулина, вазоактивного интестинального пептида) для диагностики гормонсекретирующих опухолей поджелудочной железы — гастриномы, инсуломы, випомы, а также электролитов слюны и пота (определение уровня натрия и хлоридов необходимо для подтверждения диагноза кистозного фиброза поджелудочной железы).

Инструментальные исследования позволяют визуализировать поджелудочную железу. В частности, с помощью УЗИ органов брюшной полости (скрининговый метод) можно выявить основные варианты поражения поджелудочной железы, как очагового (опухоли, кисты), так и диффузного (панкреатит). Кроме того, метод даёт возможность визуализировать печень, желчный пузырь и внепечёночные желчные протоки, патология которых очень часто является причиной панкреатита.

Рентгенологическое исследование проводится с использованием нескольких традиционных методик, таких, как:

- обзорная рентгенография области поджелудочной железы — позволяет обнаружить кальцификаты в органе (характерно для хронического панкреатита), а также (иногда) её увеличенную тень;

- рентгенография желудка и 12-перстной кишки — выявляет их смещения, изменения формы и вдавления на стенках этих органов, обусловленные увеличением поджелудочной железы;

- дуоденография в условиях гипотонии (релаксации) — достигается введением орально бускопана или аэрона с последующим контрастированием кишки сульфатом бария. Увеличение головки поджелудочной железы (опухоль, киста, панкреатит) обуславливает возникновение дуоденостаза, развернутость подковы 12-перстной кишки, вдавление на её внутреннем контуре.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) и магнито-резонансная (МРТ) — высокоинформативные, превосходящие УЗИ методы диагностики структурных нарушений в поджелудочной железе, гепатобилиарной системе, а также выявления конкрементов.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — обязательное исследование, позволяющее выявить изменения в слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки (как правило, сопутствуют панкреатической патологии), а также деформации, вдавления на задних стенках и сужение просвета этих органов при давлении на них увеличенной поджелудочной железой.

При упорных нарушениях стула и других симптомах кишечной дисфункции целесообразно провести рентгенологическое или эндоскопическое исследование.

дование кишечника. Для дифференциального диагноза болевого синдрома необходимо снять ЭКГ.

Если не все диагностические вопросы удастся решить, то в условиях стационара используются сложные инвазивные методы исследования — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), ангиография (целиакография), панкреатохолангиоскопия, лапароскопия, а также биопсия железы и морфологическое исследование её.

Амбулаторное диагностическое исследование при заболеваниях поджелудочной железы направлено на подтверждение предположения о поражении органа и на постановку предварительного диагноза. На данном этапе проводятся следующие исследования:

- общий анализ крови и мочи;
- исследование мочи на диастазу;
- биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, билирубин и его фракции, глюкоза, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, С-РБ, амилаза, кальций);
- копрограмма;
- обзорный снимок брюшной полости;
- УЗИ органов брюшной полости или (при отсутствии возможности провести УЗИ) — рентгенография желудка и 12-перстной кишки и дуоденография в условиях гипотонии;
- ЭГДС;
- ЭКГ;
- консультации хирурга и эндокринолога — по показаниям.

При выявлении очагового процесса в поджелудочной железе необходимо применять РКТ (МРТ), а также другие инструментальные методы исследования, которые проводятся в условиях стационара для определения показаний к хирургическому лечению.

При диффузных процессах в железе показано максимально возможное исследование её функционального состояния (внутри- и внешнесекреторной способности).

В практике участкового терапевта наиболее часто встречаются хронический панкреатит и рак поджелудочной железы.

ГЛАВА 2. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

В большинстве случаев лечение заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы проводится в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации пациента определяются индивидуально при необходимости интенсивного лечения (медикаментозного, оперативного) или дообследования специальными методами диагностики.

Общие рекомендации касаются нормализации образа жизни, устранения этиологических факторов, психотравмирующих ситуаций, а также лечебного питания. Больным необходим полноценный отдых, включая ночной сон не менее 8 часов, соблюдение режима труда, регулярная утренняя зарядка (особенно при заболеваниях желчного пузыря и протоков), прогулки на свежем воздухе.

Следует исключить злоупотребление алкоголем, курение. Для коррекции нарушений в психо-эмоциональной сфере могут потребоваться участие специалиста-психотерапевта и использование соответствующих медикаментозных средств (по показаниям).

Питание больных должно быть регулярным, дробным, дифференцированным по качественному составу в зависимости от заболевания и его клинических проявлений. Наиболее адекватна заболеваниям гепатобилиарной системы и поджелудочной железы диета № 5 по Певзнеру. Она может быть индивидуально модифицирована с учётом конкретной клинической ситуации. Для этой диеты характерна пища полноценная по калорийности (2800–2900 ккал) с достаточным содержанием белков (100–110 г) и с ограничением жиров (особенно тугоплавких), а также азотистых экстрактивных веществ (особенно пуринов) и продуктов, усиливающих бродильные процессы в кишечнике (свежее молоко, сдобное тесто, бобовые и др.). Рацион должен включать повышенное количество белковых липотропных продуктов (творог и кисломолочные продукты, овсянка и др.), витаминов группы В и аскорбиновой кислоты, овощей и спелых фруктов.

Кулинарная обработка продуктов ограничивается отвариванием или запеканием их; жарение — не допускается. Сливочное и растительные масла (оливковое, соевое, подсолнечное и др.) добавляют только в готовые блюда.

Запрещены бобовые (горох, фасоль и др.), ливер, грибы, пряности и пряно-ароматические овощи (редька, редис, перец, чеснок, лук), крепкие бульоны (мясные, рыбные), маринады и острые блюда, консервы, газированные и алкогольные напитки.

Режим питания — 4–5 раз в день.

Лечение заболеваний желчного пузыря и протоков (медикаментозная их терапия) подбирается индивидуально с учётом их этиопатогенетических механизмов, особенностей клинической картины у конкретного пациента, а также сопутствующих заболеваний и осложнений. Используются следующие основные группы препаратов:

- спазмолитики и регуляторы моторики;
- желчегонные средства;
- антибактериальные вещества;
- препараты, растворяющие камни желчного пузыря и снижающие литогенность желчи.

Основные группы препаратов, снимающих спазмы сфинктеров и протоков билиарной системы, а также поджелудочной железы представлены в табл. 1.

М-холинолитики (антихолинергические средства), как традиционные неселективные (*метацин, платифиллин, препараты красавки, бускопан* и др.), так и селективные (*пирензепин*), в настоящее время для лечения заболеваний билиарной системы и поджелудочной железы находят ограниченное применение из-за относительно невысокой эффективности и широкого спектра побочных действий. К последним относятся сухость во рту, задержка мочеиспускания, нарушение аккомодации, повышение внутриглазного давления, тахикардия, запоры, сонливость. Однако их использование оправдано, поскольку они

купируют приступ болей, особенно *бускопан*. Он оказывает в основном спазмолитическое действие, может применяться для курсового лечения, также как и пирензепин, который наиболее показан при наличии сопутствующей патологии органов пищеварительного тракта (гастродуоденит, пептическая язва) и панкреатита.

Таблица 1

Спазмолитические средства

Препараты	Форма выпуска	Дозировка
<i>М-холинолитики</i>		
Метацин	табл. 0,002	по 1–2 табл. 3 раза в день
Гиосцин бутилбромид (бускопан)	табл., свечи 0,01	по 0,01–0,02 3–4 раза в день
Пирензепин (гастроцепин)	табл. 0,05	по 0,05 2–3 раза в день
<i>Миотропные спазмолитики</i>		
Папаверина гидрохлорид	табл. 0,04	по 1–2 табл. 3 раза в день за 30 мин до еды
Бенциклан (галидор)	табл. 0,1	по 1–2 табл. 3 раза в день за 30 мин до еды
Дротаверин (но-шпа)	табл. 0,04	по 1–2 табл. 3 раза в день за 30 мин до еды
Мебеверин (дюспаталин)	капс. 0,2	по 1 капс. 2–3 раза в день за 30 мин до еды
<i>Нитраты</i>		
Нитроглицерин	табл. 0,0005	по 1 табл. под язык во время приступа
Изосорбида динитраты нитросорбид изокет	табл. 0,1 табл. 0,02, 0,04, 0,06	по 1–2 табл. 3 раза в день по 0,02–0,06 2 раза в день
<i>Антагонисты кальция</i>		
Нифедипин (коринфар, кордафен, адалат и др.)	табл. 0,01	по 1–2 табл. под язык при приступе или по 1 табл. 3 раза в день за 30 мин до еды
Верапамил (изоптин, финоптин)	табл. 0,04, 0,08	по 40–80 мг 3–4 раза в день, после еды
<i>Препараты комбинированного и селективного действия</i>		
Метеоспазмил	капсулы, (0,06 — альверина, 0,3 — симетикона)	по 1 капс. 2–3 раза в день до еды
Тримебутин (дебридат)	табл. 0,1	по 1 табл. 3 раза в день за 30 мин до еды
Отилония бромид (спазмомен)	табл. 0,04	по 1 табл. 2 раза в день
Пинавериума бромид (дицетел)	табл. 0,05	по 1 табл. 3 раза в день за 30 мин до еды
Гимекромон (одестон)	табл. 0,2	по 1–2 табл. 3 раза в день

Миотропные спазмолитики оказывают прямое воздействие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей. К нежелательным эффектам традиционных из них (*бенциклан*, *папаверин*, *дротаверин*) относится системное влияние (на гладкую мускулатуру кровеносных сосудов, мочевыделительной системы, бронхов). В последнее время группа миоспазмолитиков значительно пополнилась новыми препаратами селективного и комбинированного действия. Оптимальными из них для лечения рассматриваемой патологии являются *мебеверин*, *дицетел* и *гимекромон*. Они не оказывают системного действия, так как полностью метаболизируются в печени и не попадают в общий кровоток.

Мебеверин снимает спазмы не только желчевыводящих путей, но и других отделов ЖКТ, дисфункция которых нередко сопутствует заболеваниям билиарной системы. Данный препарат оказывает пролонгированное действие, поэтому применяется 2 раза в день.

Действие пинавериума бромида (дицетела) связано с избирательной блокадой кальциевых каналов мускулатуры желудочно-кишечного тракта, поэтому он включен в стандарты лечения заболеваний органов пищеварения во многих странах (в том числе и в России) в качестве эффективного селективного спазмолитика.

Гимекромон (одестон) оказывает избирательное спазмолитическое действие на сфинктер Одди и сфинктер желчного пузыря, облегчает процесс поступления желчи в 12-перстную кишку (опосредованный желчегонный эффект), снижает давление в желчных протоках, не влияет на гладкую мускулатуру кровеносных сосудов и кишечника, на секрецию пищеварительных желёз и воспалительные процессы.

К миотропным спазмолитикам с *M*-холинолитическим эффектом относится также *отилония бромид (спазмомен)*, широко применяющийся в современной гастроэнтерологии. Он снимает боль, уменьшает метеоризм, урчание в животе, тошноту, благотворно влияет на вегетативный и психосоматический статус пациента. Особенно показан этот препарат при наличии «кишечных» симптомов (так же, как и *метеоспазмил*) — он дает хороший эффект при сопутствующем метеоризме (благодаря присутствию в его составе поверхностно-активного компонента — симетикона).

Тримебутин (дебридат) характеризуется высокой спазмолитической эффективностью, регулирует перистальтику через опиоидные рецепторы желудочно-кишечного тракта, снимает боли в разных его отделах.

Холинолитики и миоспазмолитики можно применять эпизодически («по требованию») или курсами по 2–4 недели, причём предпочтение следует отдавать последним.

Для быстрого купирования приступа болей можно использовать нитраты (*нитроглицерин*) и антагонисты кальция (*нифедипин*) сублин-вально, которые снижают давление в сфинктере Одди. Однако они дают выраженные кардиоваскулярные эффекты и способствуют развитию толерантности (нитраты), поэтому их курсовое применение при билиарной патологии значительно ограничено. Тем не менее, оно оправдано применительно к пациентам, страдающим сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ИБС, артериальная гипертензия и др.). Применяются также препараты изосорбида динитрата (*нитросорбид, изокет* и др.), фенилалкиламины (*верапамил*), дигидропиридины (*нифедипин, амлодипин* и др.), бензотиазепины (*дилтиазем, реталзем*).

Показаниями к назначению спазмолитиков являются дисфункция сфинктера Одди, гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей (в том числе и на фоне хронического холецистита), желчнокаменная болезнь (ЖКБ).

При дисфункции желчного пузыря (при нарушении его опорожнения), что раньше обозначалось термином «гипокинетическая (гипомоторная) диски-

незия», показано применение прокинетиков (регуляторы моторики) — метоклопрамида (*церукала*), домперидона (*мотилиума*) по 0,01 г 3 раза в день в течение 2–4 недель. Они нормализуют тонус сфинктера Одди, устраняют дискинетические расстройства 12-перстной кишки (дуоденостаз), облегчая тем самым отхождение желчи.

Симпатолитические комбинированные средства, содержащие эрготамин и эрготоксин, а также тонизирующие и седативные компоненты — «беллоид», «беллатаминал», «кофетамин» — стимулируют тонус и сократимость желчного пузыря; оказывают нормализующее воздействие на вегетативную нервную систему. Их назначают по 1 табл. 3 раза в день за полчаса до еды в течение 2–4 недель.

Аналогичное действие оказывают тонизирующие средства — настойки женьшеня, элеутерококка, китайского лимонника, пантокрина (по 30–40 кап. 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1 месяца).

Желчегонные средства по ведущему механизму действия делятся на холеретики (усиливают желчеобразование) и холекинетики (стимулируют выделение желчи из желчного пузыря). При этом следует учесть, что многие препараты оказывают комбинированное действие на гепатобилиарную систему: сочетают в себе свойства холеретика и холекинетика, оказывают одновременно с желчегонным спазмолитический, антибактериальный или другие эффекты.

Все желчегонные средства противопоказаны при холедохолитиазе, дуоденостазе, при билиарной гипертензии из-за сужения или обтурации большого дуоденального соска, а при холецистолитиазе противопоказаны главным образом холекинетики.

Холеретики (табл. 2) усиливают секрецию желчи печенью, ускоряют её ток, стимулируют секреторную и двигательную активность ЖКТ. Этот класс желчегонных представлен препаратами, содержащими желчь (*лиобил*, *холензим*, *аллохол* и др.), средствами растительного происхождения (*фламин*, *розанол*, *кукурузные рыльца* и др.), синтетическими препаратами (*оксафенамид*, *никодин*, *циквалон* и др.) и гидрохолеретиками, усиливающими процесс образования жидкого компонента желчи (*минеральные воды*, *салицилаты*, *валериана*).

Таблица 2

Желчегонные-холеретики

Препарат	Форма выпуска, дозировка	Примечание
<i>Препараты, содержащие желчь</i>		
Лиобил	Tab. «Liobilum» 0,2. По 1–2 табл. 3 раза в день в конце еды	Изготовлен из бычьей желчи, отличается высоким содержанием желчных кислот. Противопоказан при диарее и язвах ЖКТ
Аллохол	Tab. «Allocholum» obductae. По 1–2 табл. 3 раза в день после еды	Содержит желчь, экстракты чеснока и крапивы, активированный уголь
Холензим	Tab. «Cholenzymum» obductae. По 1–2 табл. 3 раза в день после еды	Содержит желчь и сухие вещества поджелудочной железы и тонкого кишечника, поэтому улучшает пищеварение. Противопоказан при язвенной болезни

Препарат	Форма выпуска, дозировка	Примечание
<i>Синтетические холеретики</i>		
Оксафенамид	Oxaphenamidum 0,25. По 1–2 табл. 3 раза за полчаса до еды. Курс — 2–3 недели	Оказывает спазмолитическое действие. Снижает уровень холестерина в крови. Противопоказан при стенокардии
Никодин	Nicodinum 0,5. По 1–2 табл. 3 раза в день за 30 мин до еды. Курс — 10–14 дней	Обкалывает антимикробное действие
Циквалон	Cycvalonum 0,1. По 1 табл. 3 раза в день за полчаса до еды. Курс — 2–3 недели	Обладает противовоспалительной и холекинетической активностью
<i>Средства растительного происхождения</i>		
Фламин	Flaminum 0,05. По 1 табл. 3 раза в день за полчаса до еды. Курс — 10–40 дней	Сухой концентрат бессмертника. Не показан при язвенной болезни
Холосас	Cholosasum. Флаконы по 300 г. По 1 чайной ложке 2–3 раза в день за полчаса до еды. Курс — 2–4 недели	Сироп из сгущенного водного экстракта шиповника
Розанол	Rosanol. Капсулы № 30. По 2–3 капсулы 3 раза в день за полчаса до еды. Курс — 2–4 недели	Розовое масло. Обладает спазмолитической и умеренной антибактериальной активностью
Олиметин	Olimetin. Желатиновые капсулы по 0,5. По 1–2 капсуле 3 раза в день за полчаса до еды. Курс — 10–20 дней	Эфирные масла мяты, аира, оливковое и терпентинное масло, очищенная сера. Оказывает спазмолитическое, противовоспалительное действие. Противопоказан при язвенной болезни
Холагол	Cholagolum. Флаконы по 10 мл. По 5–8 капель на сахаре за полчаса до еды (можно принимать после еды — при наличии диспепсических явлений). Во время приступа желчной колики — 20 капель однократно	Оказывает спазмолитическое действие. Содержит оливковое и эфирные масла, спирт, компоненты крушины и корня куркумы, салицилат магния
Кукурузные рыльца	Stigmata Maydis. Отвар — 10 г на 200 мл воды. По 1/2 стакана 2–3 раза за 15 мин до еды. Курс — 2–3 недели	
Мята перечная	Menta piperita. Настой — 5 г на 200 мл воды. По 1/2–1/3 стакана 2–3 раза за 15 мин до еды. Курс — 2–3 недели	Не показан при язвенной болезни
Цветки бессмертника песчаного	Flores Helichrysi arenarii. Отвар — 10 г на 250 мл воды. По 1/2 стакана 2–3 раза в день за 15 мин до еды	Не показан при язвенной болезни

Все холеретики противопоказаны при остром и активном хроническом гепатите, печёночной и подпечёночной формах желтух. Желчегонные препараты, стимулирующие желудочную секрецию (холензим, олиметин, бессмертник, мята), противопоказаны при язвенной болезни.

При выборе оптимального холеретика руководствуются следующими рекомендациями:

– препараты, оказывающие спазмолитический эффект (оксафенамид, холагол, розанол и др.) наиболее показаны при гипермоторной дисфункции желчных путей (в том числе и на фоне холецистита);

– средства, обладающие противовоспалительной и антибактериальной активностью (никотин, олиметин, циквалон и др.) показаны в первую очередь при воспалительном процессе в желчном пузыре и протоках;

– препараты, содержащие желчь (лиобил, холензим, аллохол) прежде всего назначают при запорах, снижении экзокринной функции поджелудочной железы, при повышенной литогенности желчи, поскольку желчные кислоты стимулируют перистальтику кишечника и панкреатическую секрецию, а также повышают коллоидную устойчивость желчи.

Из гидрохолеретиков целесообразно использовать минеральные воды низкой минерализации, содержащие ионы SO_4^{2-} , HCO_3^- , Cl^- , Mg^{2+} , Na^+ (Боржом, Эссентуки № 4, Минская № 4, Дарида, Вечелье и др.). Принимать их следует по 1/2–1 стакану в теплом виде (37–40°C). Время приёма зависит от желудочной секреции: при повышенной — за 1–1,5 часа до еды, при сниженной — за 15–30 мин до еды. Курс лечения 4 недели.

Холекинетики вызывают сокращение желчного пузыря, расслабление сфинктеров Люткенса и Одди и тем самым ликвидируют застой желчи. Поэтому главным показанием к их назначению является дисфункция желчного пузыря.

Растительными холекинетиками являются отвары и настои одуванчика, барбариса, аира болотного, тысячелистника, пижмы, петрушки, а также препараты на их основе, например, *берберина бисульфат* (из барбариса) в таблетках. Последний принимается по 0,005 г 3 раза в день до еды.

К осмотическим холекинетикам относятся *сорбит*, *ксилит*, *сернокислая магнезия*, *карловарская соль* (натуральная и искусственная), *соль «Барбара»* и др. Чаще всего они применяются для дуоденальных беззондовых тюбажей (см. далее), но в небольших дозах их можно использовать для ежедневного курсового приёма. Например, 10 %-ные растворы ксилита или сорбита — по 50–100 мл 3 раза в день за 30 мин до еды; 1/2–1 ч. ложка карловарской соли на 1/4–1/2 стакана воды 2–3 раза в день за 30 мин до еды.

Хороший холекинетический эффект оказывают *оливковое масло*, *сырые яичные желтки*, *минеральные воды* высокой минерализации (>10 г/л), например, Эссентуки № 17, Моршинская, Баталинская и др. Эти средства наряду с осмотическими холекинетиками целесообразно использовать для дуоденальных тюбажей, которые проводятся 1–2 раза в неделю (4–8 процедур). Техника выполнения процедуры сводится к следующему: больной принимает выбранный для тюбажа препарат (25–30 г сорбита или столько же ксилита, магнезии, карловарской соли; 50 мл оливкового масла; 2 сырых желтка; 2 стакана высокоминерализованной минеральной воды в течение 0,5–1 часа или др.) и 2 часа лежит на правом боку с грелкой, которую держит полчаса.

Антибактериальные средства показаны при воспалительном процессе в желчном пузыре и протоках, а также при проявлениях избыточного бактериального роста в кишечнике. Выбор препарата определяется его способностью накапливаться в желчи в адекватных концентрациях, а также чувствительностью к нему микрофлоры-возбудителя.

Если бактериологическое исследование желчи не проводилось, назначают препараты широкого спектра действия, оказывающие влияние на грамотрицательную флору. К таковым относятся:

- эритромицин (первая доза — 0,5 г, затем — по 0,25–0,5 г 4 раза в день за 1 час до еды);
- азитромицин (0,5 г однократно в 1-й день, во 2–5-й дни по 0,25 г однократно);
- амоксициллин (по 0,5 г 3–4 раза в день за 1 час до еды);
- доксициклин (0,2 г однократно в первый день, затем по 0,1 однократно ежедневно);
- олеандомицин (по 0,5 г 4 раза в день после еды);
- рифампицин (по 0,15 г 3 раза в день после еды);
- ципрофлоксацин (по 0,5–0,75 г 2 раза в день);
- цефалексин (по 0,25 г 4 раза в день после еды);
- ко-тримоксазол-480 (по 2 табл. 2 раза в день);
- налидиксовая кислота (по 0,5 г 4 раза в день после еды);
- фуразолидон (по 0,1 г 3 раза в день после еды).

Продолжительность курса антибактериальной терапии 7–10 дней, после чего целесообразно назначить средства, нормализующие кишечную микрофлору: *пробиотики* (препараты содержащие штаммы нормальной кишечной флоры — *бифиформ*, *биофлор*, *линекс*, *эубикор*, *бифидобактерин* и др.) и *пребиотики* (препараты, способствующие их росту — *хилак-форте*, *лактозула*, *бактисубтил* и др.).

Бифиформ назначают по 1 капс. 2 раза в день в течение 2 недель, биофлор — по 1 дес. ложке 3 раза в день (продолжительность курса определяется индивидуально, в среднем около 1 месяца.), линекс — по 2 капс. 3 раза в день 2–3 недели, эубикор — по 1–2 пакетика 3 раза в день аналогичным курсом.

Из *пробиотиков* чаще всего используют хилак-форте (по 40 капель 3 раза в день в течение недели, затем по 20 кап. 3 раза в день — 2 недели), лактулозу (по 1–2 стол. ложки ежедневно) и др.

Полезны кисломолочные продукты, обогащенные бифидобактериями (бифидокефир, бифилайф и др.), лактулозой (кефир с лактулозой), ацидофильной флорой (ацидофилин) и др.

При выявлении лямблиоза используют метронидазол (трихопол) — по 0,25 г 3 раза в день после еды (два 8-дневных курса с интервалом 8 дней) или эритромицин в сочетании с аминохинолом (два 5-дневных курса с интервалом 10 дней). Описиорхоз (заражение гельминтом кошачьей двуусткой), также иногда выявляемый при дуоденальном зондировании, лечат хлорсиксом 2 г/сутки в течение 10–14 дней.

Высокая литогенность желчи (по данным биохимического исследования её), наличие холестерина «песка» и мелких камней в желчном пузыре, выявляемых при УЗИ, служат показаниями для медикаментозного их растворения. С этой целью используются *препараты желчных кислот* — хенодезоксихолевой (ХДХК) — *хенофальк*, *хенохол*, *хеносан* — и урсодезоксихолевой (УДХК) — *урсо*, *урсосан*, *урсофальк* и их комбинации (*литофальк*).

Механизмы действия УДХК и ХДХК различаются: первая образует жидкие кристаллы с холестерином, вторая — желчнокислотно-фосфолипидные мицеллы, в которые переходит холестерин из желчи. Желчные кислоты не только растворяют холестериновые камни, но и ингибируют процессы всасывания холестерина в кишечнике, его образования в печени и выделения в желчь, а также стимулируют процесс образования эндогенных желчных кислот. УДХК эффективнее растворяет камни и реже вызывает побочные явления (диарея, повышение активности сывороточных аминотрансфераз), широко применяется также для лечения первичного билиарного цирроза печени благодаря своему антихолестатическому действию.

Указанные выше препараты выпускаются в капсулах по 0,25 г и дозируются: ХДХК — 8–10 мг/кг/сут, УДХК — 15 мг/кг/сут. Вся доза (обычно 2–3 капсулы) принимается однократно вечером, длительно (в течение от 6 мес. до 2–3 лет) под эхоскопическим контролем эффективности растворения камней. Если через 6–12 мес. они не дают эффекта, лечение продолжать нецелесообразно.

Препараты желчных кислот не назначают одновременно с антацидами и холестирамин, а при холелитиазе применение их ограничивается рядом условий:

- камни должны быть холестериновые (рентгеноотрицательные), мелкие (не более 15–20 мм в диаметре) и занимать не более половины объёма желчного пузыря;
- должна быть полностью сохранена сократительная функция желчного пузыря;
- не должно быть камней в общем желчном протоке и проходимость его должна быть полностью сохранена;
- пациент не должен иметь противопоказаний для применения препаратов, т. е. должны быть исключены острый холецистит и холангит, тяжёлые заболевания печени, хронический панкреатит, воспалительные заболевания кишечника, язвенная болезнь, сахарный диабет, беременность, гемолитическая анемия.

Лечение препаратами желчных кислот требует тщательного контроля: ежемесячно первые 3 месяца, а затем 1 раз в 4 месяца исследуются сывороточные аминотрансферазы, каждые 6 месяцев проводится УЗИ гепатобилиарной системы.

После растворения камней в течение следующих 3 месяцев продолжается приём препарата в полной дозе, а затем — в поддерживающей (1–2 капс.) ежедневно длительно (годами).

В последние годы появились сведения об успешном растворении и изгнании желчных камней с помощью травяных чаев «Фитосбор», «Фитосбор плюс» и «Фитосбор протекто» (Россия).

В качестве дополнительных лечебных средств при болезнях билиарной системы можно использовать седативные и психотропные препараты (в зависимости от характера вегетативных и эмоциональных нарушений), а также средства для лечения сопутствующих заболеваний желудка, кишечника, поджелудочной железы, которые отмечаются у этих пациентов с большим постоянством.

Лечение заболеваний поджелудочной железы направлено на уменьшение секреции и подавление активности панкреатических ферментов, снижение давления в протоковой системе, коррекцию внешне- и внутрисекреторных нарушений, на симптоматическую терапию.

Этиологическая терапия предусматривает исключение алкоголя и лекарств, повреждающих поджелудочную железу, лечение хронического холецистита, язвенной болезни, дислипидемий и других заболеваний, с которыми может быть связано развитие панкреатита.

Среди медикаментозных средств при наличии болей и обострении воспалительного процесса главными являются ингибиторы желудочной секреции и антациды, а также спазмолитики и анальгетики.

Основные антисекреторные препараты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Антисекреторные средства

Препарат	Форма выпуска, дозировка	Возможные побочные эффекты
<i>Блокаторы протонного насоса</i>		
Омепразол (омез, омитокс, лосек, зероцид и др.)	Капсулы — 20 мг. По 20 мг 1–2 раза в сутки	Редко: тошнота, боли в животе, метеоризм, диарея, головная боль, слабость, кожная сыпь
Пантопразол (конролок)	Таблетки — 40 мг. По 40 мг 1 раз в день (перед завтраком)	То же
Лансопразол	Капсулы — 30 мг. По 30 мг 2 раза в день	То же
Рабепразол (париет)	Таблетки 10 и 20 мг. По 10–20 мг 1–2 раза в день	То же
<i>Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов</i>		
Ранитидин (зонтак, ранисан, ацилок, гистак)	Таблетки — 150 и 300 мг. По 150 мг утром и вечером или 300 мг вечером	Редко: головная боль, гинекомастия, аменорея, импотенция, гепатит, желудочковые аритмии, цитопении, кожная сыпь
Фамотидин (фамоцид, квамател, гастросидин, паналба, ульфамид)	Таблетки — 20 и 40 мг. По 20 мг утром и вечером или 40 мг вечером	Редко: головная боль, сухость во рту, снижение аппетита, диарея или запор, кожная сыпь
Низатидин (аксид)	Капсулы — 150 мг. По 150 мг утром и вечером или 300 мг вечером	Редко: диспепсические расстройства, тахи-, брадикардия
Роксатидин (роксан)	Таблетки — 75 мг. По 75 мг утром и вечером	Редко: головная боль, сонливость, тошнота, диарея или запор, нейтропения, кожная сыпь
<i>Селективные M₁-холинолитики</i>		
Пирензепин (гастроцепин)	Табл. — 25 и 50 мг. По 50 мг 2–3 раза в день за 30 мин до еды	Сухость во рту, нарушение ближнего зрения, повышение аппетита, диарея
Телензепин	Таблетки — 5 мг. По 5 мг утром и вечером	То же

Ингибиторы желудочной секреции и антациды уменьшают стимулирующее действие соляной кислоты на панкреатическую секрецию, а некоторые из

них, в частности, холинолитики непосредственно угнетают процесс выделения панкреатического сока.

Наиболее сильно угнетают секрецию соляной кислоты блокаторы протонного насоса (БПН), несколько менее — H_2 -блокаторы и еще меньше — M_1 -холинолитики. Все эти средства противопоказаны при беременности и повышенной чувствительности к препарату, а M_1 -холинолитики — еще и при гипертрофии предстательной железы.

Из M_1 -холинолитиков предпочтение отдается селективным препаратам (*пирензепин, телензепин*), оказывающим выраженное антисекреторное действие и вызывающим значительно меньше побочных эффектов, чем традиционные неселективные средства этой группы (атропин, метацин и др.), которые в настоящее время используются редко из-за их системного влияния на организм и недостаточной антисекреторной активности.

Эффект антисекреторных средств можно усилить одновременным использованием ферментных препаратов типа мезима форте или мезима-10 000, создающих функциональный покой поджелудочной железе (подавляют её секрецию) и одновременно облегчающих пищеварение (см. далее).

Н е в с а с ы в а ю щ и е с я а н т а ц и д ы представляют собой большую группу препаратов, содержащих гидроокиси (окиси) алюминия и магния (табл. 4). Они, оказывая адсорбирующее и буферное действие, нейтрализуют избыток соляной кислоты и пепсина. Эти препараты принимают через 1,5 часа после еды или за 0,5–1 час до неё, 3 раза в день и на ночь, либо «по требованию» — при изжоге и болях.

Таблица 4

Невсасывающиеся антациды (некоторые представители)

Препарат	Форма выпуска	Доза на приём
Альмагель (гидроокись алюминия + окись магния + сорбитол)	Суспензия во флаконах по 170 мл	1 стандартная ложка
Фосфалюгель (коллоидный фосфат алюминия + пектин + агар-агар)	Суспензия в пакетах по 16 г	1–2 пакета, (запивать водой или разбавлять в ней)
Маалокс (гидроокиси алюминия и магния)	Таблетки, суспензия во флаконах (250 мл) или в пакетах (15 мл)	1–2 таблетки (разжевать), 1 стандартная ложка или 1 пакет
Мегалак (окиси алюминия и магния + оксетакаин)	Суспензия во флаконах (250 мл) или в пакетах (10 мл)	2 чайные ложки или 1 пакет
Гастал (гидроокись алюминия + карбонат магния + оксид магния)	Таблетки	1–2 таблетки (рассосать)

С целью угнетения процессов образования и выделения панкреатического сока используют также бета-адреноблокаторы (*пропранолол*) и *перитол* (антигистаминный, антисеротониновый препарат). Пропранолол (анаприлин, обзидан) принимают по 10–20 мг за 1 час до еды 3–4 раза в день. Это препарат выбора при сочетании панкреатита с ишемической болезнью сердца. Перитол ис-

пользуют при обострении воспалительного процесса (по 4 мг 3 раза в день в течение 7–10 дней).

Для снижения давления в протоках поджелудочной железы назначают спазмолитические средства различных групп (см. табл. 1), которые также уменьшают боль.

При выраженном болевом синдроме применяются анальгетики — парацетамол, анальгин, баралгин (содержит анальгин, миолитик и ганглиоблокатор), трамадол в таблетках и инъекциях.

Коррекция внешнесекреторных нарушений предусматривает терапию ферментными препаратами, а также использование в период ремиссии средств, возбуждающих панкреатическую секрецию.

Ферментные препараты способствуют нормализации процессов пищеварения и всасывания, поэтому показаны при панкреатической недостаточности, которая имеет место при хроническом панкреатите. Кроме того, назначение этих средств оправдано при обострении воспалительного процесса в железе при сохранённой и повышенной секреторной активности её, поскольку они угнетают последнюю по механизму обратной связи и тем самым способствуют ослаблению болей. При их назначении с такой целью предпочтение следует отдавать препаратам с высоким содержанием ферментов, в частности, липазы — мезиму-10 000, креону, панцитрату. Поскольку панкреатические ферменты активны в щелочной среде, их эффективность повышается при одновременном назначении противокислотных средств, антацидов, а также щелочного питья после приёма препарата.

Современные ферментные средства можно разделить на 2 большие группы — на препараты панкреатина (*трифермент, панкреатин, мезим форте, панцитрат, креон*) и комбинированные средства, содержащие наряду с панкреатическими ферментами дополнительные компоненты, например, желчные кислоты, гемицеллюлозу (*фестал, дигестал, полизим*); пепсин, соляную кислоту и аминокислоты (*панзинорм-форте*); экстракт куркумы (*панкурмен*).

Препараты панкреатина содержат амилазу, липазу и протеазы, не влияют на процессы желудочной секреции и желчеобразования, различаются между собой степенью активности входящих в их состав компонентов, а также формой выпуска. Наиболее «сильными» из них являются панцитрат и креон — они отличаются не только высоким содержанием ферментов, но и наиболее эффективной (кислотоустойчивой) формой, удобной для реализации их действия в кишечнике: микропланкетки в капсулах (панцитрат) и микропланеты в капсулах (креон). Микропланкетированные (микрокапсулированные) формы наиболее показаны при выраженной внешнесекреторной недостаточности, тогда как обычные драже, особенно мезим 10 000, отличающийся от мезима форте повышенным содержанием липазы (3,5 000 ЕД и 10 000 ЕД соответственно), эффективны при болевом синдроме, связанном с обострением воспалительного процесса.

При длительном использовании препараты этой группы угнетают процессы панкреатической секреции, поэтому их целесообразно комбинировать со средствами, возбуждающими внешнюю секрецию железы, такими, как препараты кальция (*глюконат, карбонат* — по 1 г через час после

приёма ферментов в течение месяца и более), *эуфиллин* — по 0,15 г 3 раза в день).

Препараты панкреатина показаны при хроническом панкреатите на фоне внешнесекреторной недостаточности, сопровождающейся диареей, стеатореей, а также при заболеваниях тонкого кишечника, при кишечном дисбактериозе.

Для комбинированных ферментных средств характерен более широкий спектр действия по сравнению с препаратами панкреатина. Они стимулируют процессы образования желчи, выделения желудочного и панкреатического соков, гидролиза клетчатки, а также моторику кишечника, поэтому показаны при сочетании болезней поджелудочной железы и кишечника с хроническим гипоацидным гастритом, с холециститом, с запорами. Не рекомендуются они при хронической дуоденальной непроходимости, эрозивно-язвенных поражениях желудочно-кишечного тракта, активном гепатите и циррозе печени, при поносах.

Если доминирует нарушение процесса переваривания жиров (стеаторея), можно использовать такие препараты, как *солизим* и *нигедаза*, которые содержат только липолитические ферменты.

Лечение ферментами (тактика) проводится курсами, постоянно или эпизодически.

При курсовом лечении в первую неделю препарат назначают в среднем по 4 табл. (креон и панцитрат как наиболее активные — по 1–2 капсулы) 3 раза в день во время еды или за 30 мин до неё, с последующим уменьшением дозы на 3 таблетки в день каждую неделю до полной отмены по достижении желаемого результата.

При резко выраженной внешнесекреторной недостаточности препараты необходимо принимать постоянно (подбирается минимальная эффективная доза).

При эпизодических нарушениях пищеварения препараты принимают кратковременно до ликвидации симптомов.

Коррекция внутрисекреторной недостаточности (сахарного диабета) проводится специалистом-эндокринологом.

Симптоматические средства назначают по показаниям.

ГЛАВА 3. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Среди патологии билиарной системы в амбулаторной терапевтической практике наибольшую проблему представляют функциональные и воспалительные заболевания желчного пузыря, а именно хронический холецистит, желчно-каменная болезнь (ЖКБ) и связанный с ней постхолецистэктомический синдром. Паразитарные болезни и новообразования встречаются достаточно редко.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Согласно классификации функциональных заболеваний органов пищеварения (Рим, 1999), билиарные расстройства включают дисфункцию желчного пузыря и дисфункцию сфинктера Одди. Именно эти термины следует использовать при постановке клинических диагнозов, обозначающих функциональные (т. е. моторные) нарушения деятельности желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) вместо традиционного до недавнего времени диагноза «дискинезия желчевыводящих путей гипомоторного/гипермоторного типа».

Словосочетания «гипермоторная (гиперкинетическая)» или «гипомоторная (гипокинетическая) дискинезия» могут использоваться для обозначения патофизиологической сущности нарушений моторики ЖП и ЖВП.

Дисфункции ЖП и сфинктера Одди обуславливают значительное число случаев болей в верхней половине живота. Иногда эти нарушения моторики не сопровождаются клиническими симптомами, но становятся причиной отдаленных последствий. Так, недостаточное опорожнение ЖП способствует образованию холестериновых камней и воспалению его.

Нарушения моторики ЖП и ЖВП можно предположить в 3 случаях.

1. При наличии у пациента эпизодических болей в правом подреберье и в верхней половине живота (билиарный тип болей, см. гл. 1), но при отрицательных результатах диагностических тестов;

2. У пациентов после холецистэктомии при наличии болей в животе, когда не выявляются другие их причины (сопутствующие заболевания, структурные изменения протоков);

3. При наличии у пациентов идиопатического рецидивирующего панкреатита.

Функциональные заболевания ЖП и ЖВП тесно связаны с психосоциальными факторами (как и другие функциональные заболевания). К расстройству нервно-гуморальной регуляции моторики билиарного тракта приводят нарушения режима питания и рационального распорядка дня, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, болезни органов пищеварения (желудка, кишечника, поджелудочной железы и др.), общие заболевания организма (нервные, эндокринные расстройства, аллергические процессы и пр.) и т. д.

Дисфункция желчного пузыря

Нормально функционирующий ЖП накапливает желчь в период между приёмами пищи и выделяет её в 12-перстную кишку во время пищеварения. В связи с этим под дисфункцией ЖП (ДЖП) подразумевается прежде всего нарушение функции его опорожнения, хотя при этом не исключаются и другие расстройства моторики, например, нарушение процесса наполнения ЖП. Однако существующие методы диагностики не позволяют их обнаружить.

Причиной ДЖП являются как нарушения регуляторных механизмов и собственно сократимости гладкой мускулатуры, так и структурные изменения — сужение пузырного протока, хроническое воспаление ЖП.

В МКБ-10 ДЖП относится к рубрике К 82.8.

В клинической картине ДЖП, согласно диагностическим критериям (Рим, 1999), ведущим симптомом является *боль* билиарного типа (приступообразная боль в эпигастрии или правом верхнем квадранте живота, продолжительностью не менее 30 мин, повторяющаяся в течение 3 и более месяцев). Она может иррадиировать в спину и правую лопатку, провоцироваться приёмом пищи (особенно жирной, жареной, острой), возникать в ночное время. Часто бывают *тошнота, рвота*. Такие симптомы характерны для ДЖП, обусловленной дискоординацией деятельности желчного пузыря и протоков.

ДЖП, обусловленная гипофункцией его мышц, т. е. гипомоторикой, проявляется длительными тупыми болями и чувством тяжести в правом подреберье, с иррадиацией, аналогичной таковой при билиарной боли. Характерны тошнота и особенно *нарушения стула* (запоры)

При опросе пациента следует попытаться выяснить причины, которые могли способствовать ДЖП (образ жизни, стрессовые ситуации, сопутствующие заболевания и др.), а при его осмотре нужно провести детальное исследование по органам и системам для выявления сопутствующих заболеваний и признаков *нервно-психической астении и вегетативной дисфункции* (гипергидроз, особенности дермографизма и др.). Пальпаторные симптомы (Кера, Ортнера и др.) обычно отрицательны.

К диагностическим критериям ДЖП относятся наличие описанной клинической картины при отсутствии структурных изменений в билиарной системе, но при нарушенной функции желчного пузыря. В связи с этим план исследования на амбулаторном этапе предусматривает выполнение всего объёма лабораторных и инструментальных исследований, как при подозрении на любое заболевание ЖП (см. гл. 1). Результаты таких исследований при ДЖП укажут на отсутствие воспалительного синдрома в общем и биохимическом анализах крови, повышенной активности диастазы в моче. Показатели функциональных печёночных проб и уровень амилазы в крови нормальные. ЭГДС и УЗИ исключают структурную патологию желудка, билиарного тракта и поджелудочной железы, наличие камней и «песка» в ЖП. При микроскопии желчи, полученной в результате дуоденального зондирования, не выявляются признаки воспалительного процесса и микролитиаза. В случае использования многофракционного варианта исследования выявляются функциональные нарушения: удлинение фазы *B*, увеличение количества пузырной желчи, укорочение фазы «закрытого сфинктера Одди».

При УЗИ или холецистографии целесообразно провести нагрузочный тест с желтками или другим холекинетиком (см. гл. 1), так как с его помощью выявляется характерное для ДЖП замедленное опорожнение растянутого (увеличенного) пузыря. Аналогичные результаты даёт сцинтиграфия гепатобилиарной системы с радиоактивным технецием.

Такие данные параклинических исследований позволяют дифференцировать ДЖП от воспалительных заболеваний ЖП, болезней желудка и 12-перстной кишки, от панкреатита и других патологий, которые могут служить причиной развития болевого синдрома.

Лечение ДЖП проводится в амбулаторных условиях.

Общие рекомендации касаются нормализации образа жизни, устранения нервно-психических нарушений и провоцирующих факторов. Необходимы регулярные *физические нагрузки* (утренняя зарядка, прогулки и др.), *нормализация массы тела*.

Диетические рекомендации требуют соблюдения режима питания (4–5 раз в день), достаточного *потребления растительных масел, молочных жиров и продуктов, богатых клетчаткой* (хлеб с отрубями, фрукты, овощи). Эти компоненты пищи способствуют сокращению ЖП. В диете больных должны быть ограничены тугоплавкие животные жиры.

Медикаментозная терапия заключается в назначении курсового (по 2–4 недели) лечения препаратами, усиливающими моторику ЖП: *настойки китайского лимонника, женьшеня, элеутерокока, пантокрина* по 30–40 кап. 3 раза в день за 30 мин до еды; симпатолитическими комбинированными средствами «Беллоид», «Беллатаминал», «Кофетамин» — по 1 табл. 3 раза в день за 30 мин до еды.

В отдельных случаях можно использовать прокинетики — *домперидон, метоклопрамид* (по 10 мг 3 раза в день за 30 мин до еды, курсами 10–14 дней).

Целесообразно назначать холекинетики курсами или в виде тюбажей 1 раз в неделю (4–8 процедур) или периодически «по требованию» (см. гл. 2).

Дисфункция сфинктера Одди

Главный функциональный элемент ЖВП — сфинктер Одди — регулирует ток желчи и панкреатического секрета в 12-перстную кишку, обеспечивает накопление в ЖП печёночной желчи. Поэтому дисфункция сфинктера Одди (ДСО) выражается в нарушении процесса поступления желчи и панкреатического сока в 12-перстную кишку. Чаще всего ДСО встречается у пациентов, перенёсших холецистэктомию и у небольшого числа лиц с рецидивирующим идиопатическим панкреатитом, редко — у лиц с интактным билиарным трактом.

В МКБ-10 ДСО относится к рубрике К 83.4

Клиническая картина данного заболевания обусловлена стратегическим положением сфинктера Одди возле устья билиарного и панкреатического протоков, что при его дисфункции вызывает либо билиарные, либо панкреатические расстройства.

Билиарный тип ДСО проявляется рецидивирующими эпизодами болей билиарного типа в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота, часто с иррадиацией их в правое плечо, лопатку или спину. Связь возникновения болей с приёмом пищи у разных пациентов выражена неодинаково — от отсутствия таковой до появления через 2–3 часа после еды или в зависимости от характера съеденной пищи (жирная, острая или др.).

При биохимическом анализе крови, выполненном сразу после снятия болевого приступа, у некоторых пациентов выявляется повышение уровня печёночных ферментов (АлАТ, АсАТ, ЩФ) и билирубина, что указывает на обструкцию какого-то участка билиарного тракта. Это повышение носит транзиторный характер и при повторном исследовании не отмечается.

ДСО панкреатического типа проявляется эпигастральными болями, иррадирующими в спину, и другими симптомами панкреатита, сопровождается повышением активности сывороточных панкреатических ферментов (амилазы, липазы). При этом не имеется традиционных причин возникновения панкреатита (желчнокаменная болезнь, злоупотребление алкоголем), в связи с чем в таких случаях обычно ставится диагноз «идиопатический панкреатит». У части пациентов боли не сопровождаются повышением уровня панкреатических ферментов в сыворотке крови.

Объективные данные при обоих типах ДСО без особенностей. План исследования — обычный, как при подозрении на заболевания билиарной системы и поджелудочной железы (см. гл. 1).

Отклонения от нормы могут быть выявлены при биохимическом анализе крови, как указано выше, однако изменения результатов лабораторных тестов далеко не всегда имеют место.

В отдельных случаях при УЗИ может обнаружиться расширение общего желчного протока (более 12 мм). При многофракционном дуоденальном зондировании можно выявить увеличение времени закрытия сфинктера Одди, сокращение продолжительности В-фазы.

Для постановки **диагноза** большое значение имеют указание на холестэктомию в анамнезе, а также выявление транзиторного повышения уровня печёночных ферментов и/или билирубина, по времени связанного с эпизодами билиарных болей, либо достоверного повышения активности сывороточной амилазы или липазы, по времени связанного с панкреатическими болями, но при отсутствии обычных причин развития панкреатита. Изменение результатов лабораторных тестов должно быть задокументировано во время 2 и более эпизодов.

В случае сомнений в диагнозе проводятся (в условиях стационара) провокационные тесты с морфином, с морфином и простигнином, а также инвазивные исследования — ЭРХПГ, манометрия сфинктера Одди.

Лечение при установленном диагнозе проводится амбулаторно. Приём **общие рекомендации** при данном заболевании такие же, как при ДЖП. Рекомендуются *диета* с пониженным содержанием жиров, исключением жирных, острых, кислых продуктов.

Медикаментозная терапия предусматривает использование спазмолитиков. Для купирования приступа болей применяются блокаторы кальциевых каналов (*нифедипин* — 10–20 мг под язык) и нитраты (*нитроглицерин* — 0,5 мг под язык). Для курсового лечения используются антихолинэргические и миотропные спазмолитики (см. табл. 1), из которых предпочтение отдается *дротаверину, мебеверину, дицетелу*.

Препаратом выбора для лечения ДСО является *гимекромон* (одестон) — по 200–400 мг 3 раза в день курсом 4–8 недель. Желчегонные средства не показаны. В отдельных случаях можно назначать холеретики со спазмолитическим эффектом (см. табл. 2) — *оксафенамид, холагол, настой мяты перечной*.

По особым показаниям применяются инвазивные эндоскопические (баллонная дилатация или папиллосфинктеротомия) и хирургические (сфинктерэктомия, сфинктеропластика) методы лечения.

Трудоспособность больных с функциональными заболеваниями ЖП и ЖВП обычно не нарушается. Исключения составляют случаи ДСО, сопровождающиеся изменениями лабораторных показателей и нуждающиеся в применении инвазивных методов диагностики, что требует госпитализации больного. На этот период выдается листок нетрудоспособности.

Диспансеризация больных предусматривает наблюдение и лабораторно-инструментальное обследование их по общему для заболеваний билиарной системы плану не реже 1 раза в год.

Реабилитационные мероприятия основываются на выполнении общих рекомендаций по образу жизни и питанию, на устранении способствующих факторов и лечении сопутствующих заболеваний.

Обязательно проводятся ЛФК с дифференцированным по виду дисфункции подбором физических упражнений, занятия физкультурой и спортом, курсы физиотерапии в течение 2–3 недель 1–2 раза в год. Физиотерапевтические процедуры также подбираются с учётом типа нарушения моторики: при гипомоторном показаны тонизирующие (циркулярный душ, электрофорез сернокислой магнезии на правое подреберье и т. п.), при гипермоторном расслабляющие (валериановые ванны, озокерит на правое подреберье, электрофорез спазмолитиков и др.).

Полезны курсы лечения минеральной водой. При снижении моторики ЖП используют воды средней и высокой минерализации (Ессентуки № 4 и № 17, Минская-3, Баталинская и др.) по 100–200 мл в холодном виде за 30 мин до еды, при гипермоторике — воды малой минерализации (Дарида, Вечелье, Арзни и др.) в теплом виде по 100 мл за 20–30 мин до еды (5–6 раз в день).

Показана психотерапия, которая при необходимости может быть дополнена лёгкими седативными средствами (валериана, пустырник и др.).

При ДЖП с симптомами гипомоторики полезны тюбажи с холекинетиками «по требованию» или курсы холекинетиков внутрь, холеретиков с тонизирующим эффектом (циквалон; желчегонные, содержащие желчь; настойки одуванчика, тысячелистника, аира, барбариса и др.).

Следует широко использовать санаторно-курортное лечение в санаториях как общего типа, так и желудочно-кишечного профиля (в Беларуси это санаторий «Криница» на курорте в Ждановичах, «Санаторий им. В.И. Ленина» в Бобруйске, «Приднепровский» в Рогачеве и др.).

ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Хронический холецистит (ХХ) — это воспалительное заболевание стенок желчного пузыря, сопровождающееся нарушением его моторики и способствующее образованию в нём камней. Главными **патогенетическими звеньями** данного процесса являются *застой желчи, изменение её физико-химического состава* и наличие *инфекции*, попадающей в ЖП гемато- и лимфогенным путём.

В МКБ-10 хронический бескаменный холецистит отнесен в рубрику К 81, а его обострение — К 81.1.

Клинические проявления заболевания обуславливаются в первую очередь моторными нарушениями в билиарной системе (см. выше). В период обострения у больных отмечаются *боли* билиарного типа или тупые ноющие в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, надключичную область, лопатку. Они сочетаются с рядом *диспепсических расстройств* (анорексия, тошнота, горечь во рту, метеоризм, урчание в животе, неустойчивый стул, часто — запоры). Вне обострения эти симптомы выражены слабо или вообще отсутствуют.

Отличительным признаком обострения ХХ является развитие *воспалительного синдрома*, который проявляется субфебрильной лихорадкой и активностью воспалительного процесса (по данным лабораторных исследований).

При объективном исследовании (см. гл.1) выявляются различные так называемые *пальпаторные симптомы* (Мерфи, Кера, Ортнера, Айзенберга-I и II, Мюсси и др.), а также признаки *астено-невротического синдрома*, иногда — *холецистокардиальный синдром* (ноющие боли или тяжесть в области сердца, сердцебиение, экстрасистолия). В последнем случае требуется исключение заболевания сердца.

Для постановки **диагноза** выполняется стандартный план исследования (см. гл. 1). ХХ подтверждается показателями активности воспалительного процесса, о чём судят по данным лабораторных исследований крови: лейкоцитоз, «левый сдвиг», увеличение СОЭ — в общем анализе крови; появление острофазовых показателей (С-реактивного белка, серомукоида, сиаловых кислот и др.) — в сыворотке крови.

При УЗИ и/или холецистографии выявляются утолщение стенок, деформация ЖП, снижение его сократительной способности. При дуоденальном зондировании обнаруживаются уменьшение количества пузырной желчи, наличие в ней лейкоцитозидов и эпителия желчных ходов, кристаллов холестерина и билирубинатов кальция, а также бактериальная контаминация. При биохимическом исследовании желчи выявляются воспалительные компоненты (С-реактивный белок, сиаловые кислоты и др.).

Дифференцировать ХХ необходимо от функциональных заболеваний билиарной системы, от патологии желудка и 12-перстной кишки, от синдрома раздражённой кишки, а иногда — от заболеваний правой почки.

Лечение при обострении направлено на устранение инфекции в ЖП и ликвидации застоя желчи. При лёгкой степени выраженности признаков обострения (умеренные боли, субфебрильная температура, СОЭ в пределах 20–25 мм/час) и отсутствии осложнений (холангит, реактивный гепатит, панкреатит, перихолецистит и др.) лечение проводится амбулаторно. В остальных случаях показана госпитализация.

Больным рекомендуется соблюдать диету, соответствующую диете № 5, по Певзнеру: дробное питание (4–5 раз в день), механически и химически щадящая пища в тёплом виде; разрешается употреблять отварные нежироволочнистые сорта мяса и рыбы, яичный белок, нежирные молочные продукты, овощи и каши, сладкие фрукты, макаронные изделия, сливочное масло, растительные жиры — по 30 г в день. При выборе продуктов питания необходимо учитывать

тип дискинетических расстройств (см. выше), поэтому рацион может быть обогащен отрубями, «желчегонными» продуктами, или, наоборот, ограничен в них. Пищу готовят на пару или отваривают.

Антибактериальная терапия предусматривает использование препаратов широкого спектра действия, накапливающихся в желчи, — доксициклин, макролиды (эритромицин, азитромицин, кларитромицин), ко-тримоксазол, ципрофлоксацин и др. Курс лечения 10–14 дней. Затем целесообразно назначить пре- и пробиотики (см. гл. II).

Спазмолитики, или стимуляторы сокращения ЖП, назначают в зависимости от вида моторной дисфункции, так же, как и *желчегонные* (они наиболее эффективны при стихании болевого синдрома).

При обострении ХХ с гиперкинетическим типом дисфункции ЖВП показаны миотропные спазмолитики — дротаверин (но-шпа), мебеверин (дюспаталин), дицетел — и холеретики со спазмолитическим, противовоспалительным и антимикробным действием — оксафенамид, никодин, холагол, олиметин, розанол (см. гл. 2). В последующем можно использовать холеретики других групп. Курс лечения желчегонными 3–4 недели.

При ХХ с гипокинетической дисфункцией ЖП рекомендуются холеретики с противовоспалительным, антимикробным и лёгким холекинетическим действием — циквалон, берберина бисульфат, никодин. После стихания обострения можно назначать холекинетики для курсового лечения и тюбажей.

По показаниям применяют *ферментные препараты* для улучшения пищеварения — мезим форте, панкреатин, креон, фестал и другие, а также *антациды* (альмагель, альмагель-нео, маалокс, гастал и др.).

При высокой литогенности желчи (густая «замазкоподобная» желчь, «песок» и т. п.) можно использовать препараты УДХК и «Фитосбор» (см. гл. 2).

Средняя продолжительность амбулаторного лечения до 2 месяцев.

МСЭ: временная нетрудоспособность больных на период обострения составляет в среднем 10–14 дней, при более тяжелом — 20–23 дня. Критериями восстановления трудоспособности являются ликвидация воспаления и купирование выраженных дискинетических расстройств.

Диспансеризация больных осуществляется участковым терапевтом. Причём кратность осмотров определяется индивидуально, обычно 2 раза в год, при среднетяжёлом и тяжёлом течении заболевания — ежеквартально. Лабораторные исследования (стандартные, см. гл. 1) проводятся двукратно, инструментальные — 1 раз в год. Показаны также консультации у стоматолога и отоларинголога (для выявления и санации очагов инфекции), при необходимости — у хирурга (упорный болевой синдром, резкое нарушение функции ЖП, выраженная деформация его и др.) и у других специалистов.

Реабилитационные мероприятия в фазу ремиссии такие же, как при функциональных заболеваниях билиарного тракта с соответствующим типом дисфункции.

Целесообразно проводить профилактические курсы лечения (назначение желчегонных средств со спазмолитиками или со стимуляторами сократимости ЖП — в зависимости от типа моторных нарушений) в течение 10 дней первых

2–3 месяцев после обострения и сезонно (весна–осень) — при сезонности обострений.

Курсы лечения минеральной водой также проводятся 2 раза в год в течение 4 недель.

Обязательна санация очагов инфекции (полость рта, ЛОР-органы и др.).

Санаторно-курортное лечение показано спустя 2–4 месяца после обострения.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — одно из наиболее распространенных заболеваний — характеризуется образованием камней в ЖП и/или в желчных протоках и у значительной части больных сочетается с дискинетическими и воспалительными изменениями. Чаще всего камни бывают холестериновые, реже — пигментные, известковые, смешанные.

Данное заболевание в принципе относится к компетенции хирургов, однако его часто диагностируют терапевты и они же курируют больных, которым по каким-либо причинам не проводится хирургическое лечение.

В МКБ-10 ЖКБ (холелитиаз) относится к рубрике К 80.

В подрубриках выделяют:

- камни желчного пузыря с острым холециститом — К 80.0;
- камни ЖП без холецистита (холелитиаз) — К 80.2;
- камни желчного протока (холедохолитиаз) с холангитом — К 80.3;
- камни желчного протока с холециститом (любые варианты, холедохолитиаз) — К 80.4.

Клинические проявления ЖКБ разнообразны и укладываются в 3 основные ситуации.

1. Симптомы отсутствуют, а конкременты выявляются случайно при УЗИ;
2. Развивается картина ХХ (см. выше);
3. Имеют место классические желчные колики — интенсивные боли в верхней половине живота или правом верхнем квадранте, возникающие внезапно либо после еды. Они сопровождаются ознобом, повышенной температурой тела, тошнотой и рвотой. Приступ продолжается от 15 минут до нескольких часов. После того, как эпизод проходит, может сохраниться картина обострения ХХ. Некупированная колика приводит к развитию механической желтухи, острого холецистита и панкреатита.

При выявлении камней в ЖП необходимо уточнить, функционирует ли он, а также состояние холедоха, фатерова соска, поджелудочной железы. Кроме того, следует выявить сопутствующие заболевания органов пищеварения и другие болезни. Затем нужно решить вопрос о нуждаемости больного в хирургическом лечении, т. е. о целесообразности консультации у хирурга.

Тактика хирурга при выявлении ЖКБ зависит от наличия показаний к оперативному лечению. Пациенты с камнями в ЖП и без клинических симптомов подлежат наблюдению. Если при этом имеют место нефункционирующий ЖП или клинические симптомы, операция относительно показана. Во всех дру-

гих случаях (желчные камни; симптомы ХХ с нефункционирующим ЖП и расширением холедоха; острый холецистит, панкреатит, обтурационная желтуха) показания к операции абсолютные.

При латентной ЖКБ, при невыраженных клинических симптомах (после их купирования), при отсутствии возможности хирургического вмешательства по каким-то причинам проводится **амбулаторное лечение спазмолитиками** (при болях и обострении воспалительного процесса) и *антибактериальными средствами* (после колики или при обострении ХХ). Желчегонные не показаны (!), особенно в случаях, когда у пациента периодически возникают колики. При наличии показаний могут быть предприняты попытки растворения камней ЖП и протоков (см. гл. 2). Этот метод лечения при соблюдении всех условий эффективен в 50–80 % случаев.

Общие рекомендации: соблюдение режима труда и отдыха, активный образ жизни (при ЖКБ с приступами колик физические упражнения ограничиваются), нормализация массы тела, рациональное питание (в пределах диеты № 5), обогащение рациона отрубями — по 15 г 2 раза в день (они улучшают циркуляцию желчных кислот, уменьшают всасывание холестерина, способствуют ликвидации запоров и нормализации состава кишечной флоры и др.).

Диспансеризация проводится хирургом.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) — это условное обозначение разнообразных нарушений органического и функционального характера, возникающих у больных (примерно у 20–25 %), перенесших холецистэктомию и проявляющихся рецидивирующими болями в правом верхнем квадранте живота и диспепсическими симптомами.

В МКБ-10 данный синдром отнесен в рубрику К 91.5.

Среди органических **причин развития** ПХЭС следует отметить заболевания, нераспознанные до операции или не устраненные после неё (хронический панкреатит, язвенная болезнь, холедохолитиаз, восходящий холангит, стеноз фатерова соска и др.), а также технические погрешности при операции (длинная культя ЖП, повреждение общего желчного протока и др.).

Функциональные нарушения (желудочная и билиарная диспепсии, кишечный дисбактериоз) также могут иметь место до операции и сохраниться после неё либо развиться вследствие выпадения резервуарной функции ЖП и дискинезии сфинктера Одди. Эти нарушения в свою очередь могут стать причиной дуоденита, гастрита, панкреатита и др.

Диагноз ставится после комплексного обследования больного (см. гл. 1), консультации у хирурга, после проведения (при необходимости) инвазивных инструментальных исследований (с целью исключения причин болезни, требующих хирургического вмешательства).

Выбор консервативных способов **лечения** зависит от вариантов ПХЭС. Базисная диета (№ 5) модифицируется в зависимости от клинических проявлений.

Для предупреждения камнеобразования целесообразно использовать *урсофальк* (хенофальк, литофальк) — по 1–2 капсулы на ночь в течение нескольких лет.

Медикаментозное лечение ДСО (самого частого проявления ПХЭС), хронического панкреатита, гастродуоденита и других заболеваний проводится по общим принципам терапии соответствующей патологии.

Диспансеризация: пациенты осматриваются не реже 1 раза в год терапевтом и хирургом; проводятся общеклинический анализ крови, функциональные печёночные тесты и определение уровня глюкозы крови, копрологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, определяется активность амилазы в крови и моче. Другие исследования проводятся по показаниям.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Хронический панкреатит (ХП) — прогрессирующее заболевание поджелудочной железы, характеризующееся воспалительным процессом во время обострения, постепенным замещением паренхимы органа соединительной тканью и развитием экзо- и эндокринной недостаточности.

Ведущими **этиологическими факторами** заболевания являются алкоголь, ЖКБ и ДСО, медикаменты (парацетамол, салицилаты, сульфаниламиды, тетрациклин, фуросемид и др.), заболевания 12-перстной кишки, гиперлипидемия, гиперпаратиреоз (гиперкальциемия), эпидемический паротит, белковое голодание, травмы живота.

В **патогенезе** заболевания основное значение имеет нарушение оттока панкреатического секрета и повышение интрадуоденального давления, что способствует активации протеолитических ферментов с последующим аутолизом и воспалением железы.

Согласно **классификации**, принятой в г. Марсель в 1988 г. (H. Sarles, G. Adles et al.), выделяют 3 формы ХП — *кальцифицирующую, обструктивную и паренхиматозную*. Однако для формулировки диагноза по такой классификации необходимо провести ЭРХПГ и биопсию железы, что далеко не всегда возможно, особенно в амбулаторных условиях. Поэтому на практике чаще выделяют такие клинические варианты ХП, как рецидивирующий, безболевой (латентный), болевой (с постоянной болью) и псевдоопухольный. Обе классификации в какой-то степени соответствуют друг другу. Так, рецидивирующий ХП обычно бывает кальцифицирующий, а самой частой его причиной является алкоголь. Болевой ХП обычно бывает обструктивный. Он носит вторичный характер (на фоне ЖКБ, стеноза протока и т. п.). Безболевой ХП соответствует паренхиматозному и обычно провоцируется алкоголем, гиперлипидемией, белковым голоданием.

В МКБ-10 шифром К 86.0 обозначают алкогольный панкреатит, а К 86.1 — все прочие (инфекционный, неуточнённой этиологии, рецидивирующий).

Клиническая картина ХП представлена такими основными синдромами, как болевой, диспепсический, а также экзо- и эндокринной панкреатической недостаточности.

Локализация *боли* зависит от преимущественного поражения того или иного отдела железы (см. гл. 1). Она часто носит разлитой, опоясывающий характер, локализуется в верхней половине живота, возникает или усиливается через 40–60 мин после еды. При рецидивирующей форме боли бывают острые, приступообразные, интенсивные, подобны болям при остром панкреатите. Причём, согласно Марсельской классификации, первые 1–2 «атаки» панкреатита расцениваются как острый процесс, все последующие — как хронический. При болевой форме ХП боли носят постоянный, ноющий, давящий характер.

Часто при ХП бывают *отрыжка, изжога, тошнота, дисгевзия*, иногда — *анорексия и похудение*. Внешнесекреторная недостаточность проявляется *урчанием* в животе, *метеоризмом, поносами* с обильным маслянистым неоформленным стулом, а эндокринная — симптомами сахарного диабета или гипогликемиями (вследствие дефицита глюкагона).

При осмотре больного можно обнаружить признаки, обусловленные действием активированных панкреатических ферментов: *«рубиновые капельки»* (микроаневризмы сосудов) на коже нижней части груди и животе (симптом Тужилина), болезненные при пальпации *подкожные узелки* величиной от нескольких миллиметров до 3 см (жировой некроз), *припухание суставов, конъюнктивит, серозит*.

При пальпации, по Гротту, выявляется *болезненность* в области проекции органа, иногда — *увеличенная железа*. Могут обнаружиться *френикус-симптом* слева, *атрофия подкожно-жирового* слоя в области проекции железы на брюшную стенку (*признак Грота*) и левосторонняя *гиперестезия кожи* на уровне иннервации IX–XI грудных нервов (*признак Кача*).

При псевдоопухоловом ХП с поражением головки железы имеет место *симптом Курвуазье* (механическая желтуха и пальпируемый желчный пузырь).

При подозрении на ХП больной должен быть обследован с использованием лабораторных и инструментальных методов диагностики (см. гл. 1).

Об активности воспаления при ХП свидетельствуют *лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, острофазовые биохимические показатели, повышенная активность амилазы крови и диастазы мочи*. На внешнесекреторную недостаточность указывают *стеаторея, креаторея, сниженное содержание эластазы-1* (при копрологическом исследовании). О внутрисекреторной недостаточности судят по *гипергликемии* (натошак) или по *нарушению толерантности к глюкозе* (в соответствующем тесте).

На обзорной рентгенограмме могут выявляться *кальцификаты* в области железы (при кальцифицирующем ХП), при контрастной рентгеноскопии можно обнаружить *изменение формы и положения желудка, а также 12-перстной кишки, развернутую подкову её* (свидетельства увеличения всей железы или её отделов).

При ХП часто наблюдается характерная эндоскопическая картина со стороны слизистой оболочки желудка — *«полные» эрозии, подслизистые кровоизлияния* (в дне и теле органа).

При УЗИ выявляются *увеличение размеров, неровность контуров, сниженная эхогенность органа* (в фазу обострения болезни), или *уменьшение его*

размеров, неоднородность структуры, участки повышенной экзогенности, кальцификаты, псевдокисты (при фиброзе железы). Кроме того, можно диагностировать патологию гепатобилиарной системы, в частности, ЖКБ, которая нередко является причиной ХП.

В диагностически неясных случаях проводятся МРТ, РКТ, а также инвазивные исследования, для чего больной должен быть предварительно проконсультирован у хирурга и направлен в стационар.

Лечение проводится амбулаторно при условии нерезко выраженного обострения (умеренный болевой синдром, не более чем 2–3-кратное повышение активности амилазы сыворотки), а также в случаях преобладания в клинической картине внешне- и/или внутрисекреторной панкреатической недостаточности. Выраженное обострение заболевания является показанием для госпитализации пациента, обычно в хирургический стационар.

Общие принципы терапии см. в гл. 2. При обострении ХП полезно 1–3 дня голодать, а затем придерживаться щадящей диеты (№ 5п) с повышенным (до 120 г) содержанием белка, с ограничением сахара (до 30–40 г) и жиров (до 70–90 г в день). Запрещаются алкоголь, жирная, острая пища, консервы, газированные напитки, кислые соки.

Для снижения панкреатической и желудочной секреции в период обострения назначают антациды (табл. 4) и антисекреторные средства (табл. 3) — *альмагель* и его аналоги, *ранитидин*, *фамотидин*, *омепразол*, *пирензепин* или другие средства из групп H_2 -холиноблокаторов, ингибиторов протонной помпы или M_1 -холинолитиков. С этой же целью используют ферменты (*мезим форте*, *мезим 10000*, *креон*), *перитол* (по 4 мг 3 раза в день в течение 7–10 дней, *анаприлин* (по 10–20 мг 3–4 раза в день за 1 час до еды), а также ингибиторы панкреатических ферментов — *аминокапроновую кислоту* внутрь (по 1–2 г 3–4 раза в день за 30 мин до еды, в течение 10–14 дней), *продектин* (по 0,25–0,5 г 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1 месяца).

Для снижения давления в протоках железы и купирования болевого синдрома назначают холинолитики и спазмолитики (см. табл. 1) — *бускопан*, *дротаверин*, *мебеверин*, *дебридат* и др., а также анальгетики — *баралгин*, *анальгин*, *трамадол* и др.

Можно использовать также препараты, стимулирующие синтез ингибиторов панкреатических протеаз и репаративные процессы в железе (*пентоксил* — внутрь по 0,4 г 3 раза в день, 4–6 недель; *метилурацил* — внутрь по 1 г 3 раза в день, 4–6 недель), а также анаболические стероиды (*ретаболил*, *метандростенолон* и др.), — они особенно показаны пациентам с уменьшенной массой тела.

Коррекция внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы осуществляется с помощью ферментов: при обострении ХП лучше назначать препараты панкреатина (*панкреатин*, *мезим форте*, *трифермент*, *креон*, *панцитрат*), а при стихании воспаления — не только их, но и другие средства (*фестал*, *дигестал*, а также *солизим* и *нигедазу*).

Панкреатогенный сахарный диабет лечат специалисты-эндокринологи с помощью диеты и сахароснижающих препаратов.

В качестве симптоматических средств при ХП назначают:

при диспепсических проявлениях (тошнота, изжога) — *прокинетики* (*метоклопрамид, домперидон*);

– при алкогольном ХП — *эссенциале* и *S-аденил-L-метионин* (*гентрал*);

– при обострении сопутствующего ХХ и признаках перипанкреатита (лихорадка, лейкоцитоз, данные пальпации и УЗИ) — *антибиотики*;

– при нервно-психических нарушениях (депрессивный, астено-невротический синдромы и др.) — *психотропные средства* (*диазепам, феназепам, amitриптилин, соннапакс, эглонил*).

Показаниями для хирургического лечения ХП служат: наличие механических препятствий оттоку панкреатического сока (обтурация фатерова соска, холедохолитиаз и др.), псевдоопухолевая форма ХП с механической желтухой, очаговые поражения железы (кисты, псевдокисты), неэффективность медикаментозной терапии болевого синдрома.

МСЭ: средние сроки временной нетрудоспособности при обострении ХП с легким течением его составляют 10–14 дней, при среднетяжелом течении болезни — 18–30 дней (из них в стационаре — до 3 недель), при тяжелом — 6–8 недель. Критериями восстановления трудоспособности служат купирование болевого и диспепсического синдромов, компенсация внешне- и внутрисекреторной недостаточности железы. Больным противопоказаны тяжелая физическая работа, а также труд во вредных условиях.

При тяжёлом течении панкреатита, выраженной внешне- и внутрисекреторной панкреатической недостаточности, упорных поносах с потерей массы тела и полигиповитаминозом больные направляются на МРЭК для определения III или II группы инвалидности.

Диспансеризация: пациенты наблюдаются не реже 2 раз в год (при среднетяжёлом и тяжёлом течении заболевания — 3–4 раза), подвергаются лабораторному обследованию по плану (см. гл. 1), а также инструментальному — 1 раз в год и чаще (при наличии показаний).

Реабилитация заключается в выполнении общих рекомендаций по образу жизни и питанию (см. гл. 2), в коррекции внешнесекреторной недостаточности индивидуально подобранными дозами и схемами (курсами, постоянно, эпизодически) лечения ферментными препаратами. Назначают также курсы стимуляторов панкреатической секреции (глюконат кальция, эуфиллин) в течение месяца, фитотерапию (отвары черничника, репешка, лапчатки, «панкреатические» сборы) в течение 3–4 недель (2–3 курса в год).

В фазу стойкой ремиссии можно рекомендовать физиотерапию (с индивидуальным подбором процедур врачом-специалистом) и санаторно-курортное лечение в местных санаториях желудочно-кишечного профиля или профилакториях.

ЛИТЕРАТУРА

- Барановский, А. Ю.* Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / А. Ю. Барановский. СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2001.
- Билиарные* расстройства. Дисфункция желчного пузыря. Дисфункция сфинктера Одди (диагностика и лечение) : инстр. по прим. Мн.: «Доктор Дизайн», 2003.
- Гастроэнтерология* : справ. / под ред. акад. РАМН, проф. В. Т. Ивашкина и проф. С. И. Рапопорта. М.: изд. дом «Русский врач», 1998.
- Гончарик, И. И.* Гастроэнтерология: стандартизация диагностики и обоснование лечения : справ. пособ. / И. И. Гончарик. Мн.: Беларусь, 2000.
- Григорьев, П. Я.* Клиническая гастроэнтерология : учебник для студентов мед. вузов, врачей и курсантов учреждений последипломного образования / П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко / Рос. гос. мед. ун-т. М.: МИА, 2001.
- Задюченко, В. С.* Поликлиническая гастроэнтерология : рук. для врачей / В. С. Задюченко, П. А. Кольцов. М.: изд-во «Стар'Ко», 1998.
- МакНелли, П. Р.* Секреты гастроэнтерологии. Пер. с англ. / П. Р. МакНелли. М.–СПб.: ЗАО «БИНОМ–Невский диалект», 1998.
- Яковенко, Э. П.* Хронические заболевания желчевыводящих путей. Диагностика и лечение : метод. пособие для врачей / Э. П. Яковенко, П. Я. Григорьев. М.: Медпрактика, 2000.
- Яхонтова, О. И.* Практическая гастроэнтерология. Диагностика и лечение заболеваний пищеварительной системы : учеб. пособ. / О. И. Яхонтова, Л. Н. Валенкевич, Я. М. Рутгайзер. Петрозаводск, 1997.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. Симптомы и методы диагностики	3
Глава 2. Общие принципы лечения	17
Глава 3. Частные вопросы диагностики и лечения заболеваний билиарной системы и поджелудочной железы.....	29
Функциональные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.....	30
Дисфункция желчного пузыря	30
Дисфункция сфинктера Одди	32
Хронический бескаменный холецистит	34
Желчнокаменная болезнь.....	37
Посхолецистэктомический синдром	38
Хронический панкреатит	39
Литература	43