

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина и лабораторно-инструментальные методы исследования при диагностике функциональных нарушений находятся в тесной взаимосвязи между собой.

*Диагностическими критериями функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди* являются эпизоды **болей или дискомфорта** в эпигастральной области и (или) правом верхнем квадранте живота, имеющие следующие характеристики:

- 1) длительность эпизодов боли или дискомфорта достигает 30 минут и более
- 2) боли возникают, как правило, после еды (от 15 мин до 3 ч)
- 3) боли рецидивируют от одного и более раз в неделю, в течение 12 месяцев
- 4) боли нарастают и приобретают устойчивый характер, нередко становятся постоянными, нарушая повседневную активность или требуют госпитализации
- 5) боли не изменяются или не уменьшаются после стула, при перемене положения тела, после приема антацидов.
- 6) исключены другие заболевания, объясняющие боль.

Боли могут *сочетаться* со следующими симптомами:

- тошнотой или рвотой (редко);
- возможна иррадиация в спину и (или) правую подлопаточную область;
- будят в середине ночи (обычно после двух часов сна).  
Возможны *сопутствующие* расстройства:
- диспепсия в виде горечи во рту, отрыжки воздухом, быстрого насыщения;
- астеноневротические симптомы.

## ДИАГНОСТИКА

*Диагностические тесты*, применяемые при ФРБТ, подразделяют на две группы:

- **скрининговые:** функциональные пробы печени, определение уровня панкреатических ферментов в крови и моче, трансабдоминальное УЗИ, ЭФГДС;
- **уточняющие:** УЗИ с оценкой функции желчного пузыря и сфинктера Одди, ЭРХПГ, гепатобилисцинтиграфия, холецистография, меккаментозные тесты (с холецистокинином и др.).

При дисфункции эти показатели не имеют отклонений от нормы.

*Комплексное психологическое исследование* в ряде случаев позволяет выявить признаки психоэмоциональных нарушений, оценить структуру и степень выраженности этих нарушений.

## ЛЕЧЕНИЕ

Основной *целью лечения* является восстановление нормального тока желчи и секрета поджелудочной железы по билиарным и панкреатическим протокам, что можно осуществить путем:

- 1) активизации образования желчи (используются холеретики);
- 2) повышения сократительной функции ЖП (при гипотонии). Рекомендуются препараты, усиливающие моторику желчного пузыря (холекинетики) — холецистокинин, сульфат магния, оливковое масло и др.;
- 3) снижения сократительной функции ЖП (при гиперфункции) обеспечивают спазмолитики или холинолитики;
- 4) восстановления тонуса сфинктеров (применяются спазмолитики и прокинетики);
- 5) нормализации давления в двенадцатиперстной кишке. Назначаются прокинетики (домперидон, метоклопрамид).

Важное значение в коррекции ФРБС имеют *диетотерапия и режим питания*. Частый прием небольших количеств пищи (четырёх-, пятиразовое питание) регулирует опорожнение ЖП и протоковой системы, способствует нормализации давления в двенадцатиперстной кишке.

Лечение, как правило, проводится в амбулаторных условиях.

Более подробно лечение представлено дальше.

### 4.5.2. ХРОНИЧЕСКИЙ БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

*Хронический бескаменный холецистит (ХБХ) — длительно существующее (более шести месяцев) полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с функциональными нарушениями (дисфункциями) желчевыводящих путей и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи (дисхолией).*

Это заболевание часто сочетается с патологией других органов пищеварительной системы (хроническим гастродуоденитом, хроническим панкреатитом и др.)

Количество больных ХБХ, по данным разных авторов, составляет от 10 до 20% в разных странах мира и имеет четкую тенденцию к увеличению. ХБХ встречается значительно чаще, чем калькулезный холецистит (соответственно 47,8—51,5% и 22,4%). ХБХ чаще поражает лиц

среднего возраста (40–60 лет), в то время как у лиц 75 лет и старше преобладает калькулезный холецистит. Женщины болеют в три раза чаще мужчин.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Определенную роль как этиологический фактор развития ХБХ играет острый холецистит. Возможно развитие первично хронического холецистита.

Воспалительный процесс в стенке желчного пузыря могут вызывать:

- 1) эндогенная условно патогенная инфекция, проникающая восходящим путем из нижележащих отделов ЖКТ (кишечная палочка, протей, энтерококки) или гематогенным, лимфогенным путями (стрептококки, стафилококки и др.);
- 2) вирусная инфекция (вирусы гепатита В, С, Д, Е, энтеровирусы, аденовирусы);
- 3) воздействие пищевых или бактериальных аллергенов (аутоиммунное воспаление);
- 4) асептическое поражение, связанное с воздействием желудочного и панкреатического соков вследствие рефлюксов.

## КЛАССИФИКАЦИЯ

Код по МКБ-10

K81.1 Хронический холецистит

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинические проявления заболевания складываются из сочетания (или преобладания) следующих синдромов.

1. **Болевой синдром** в виде периодических приступов желчной колики различной интенсивности, либо — постоянной боли в правом подреберье; боли могут иррадиировать под правую лопатку, нередко в область сердца. Возникновение болей провоцируют нарушения режима питания, жирная, острая пища, физическое или эмоциональное напряжение, инфекция.
2. **Диспепсический синдром** проявляется симптомами отрыжки горечью или постоянным горьким привкусом во рту. Нередко имеется чувство распирания в верхней половине живота, вздутие кишечника, нарушение стула. Реже бывают тошнота, рвота горечью (рвотные массы часто содержат примесь желчи). При сочетании

с гипо- и атонией желчного пузыря рвота уменьшает боль и чувство тяжести в правом подреберье. При гипертонической дисфункции рвота вызывает усиление боли. Могут быть вздутие живота, склонность к запорам.

3. **Воспалительно-интоксикационный синдром:** в фазе обострения заболевания — повышение температуры тела. Чаще лихорадка субфебрильная (характерный симптом для катаральных воспалительных процессов), реже достигает фебрильных значений (при деструктивных формах холецистита или при других осложнениях). Гектическая температурная кривая, сопровождающаяся выраженной потливостью, сильным ознобом, всегда является следствием гнойного воспаления (эмпиема желчного пузыря, абсцесс печени). У ослабленных больных и лиц пожилого возраста температура тела даже при гнойном холецистите может оставаться субфебрильной, а иногда даже нормальной вследствие пониженной реактивности.

**Желтуха** не характерна для хронического холецистита, но желтушная окраска кожных покровов и видимых слизистых оболочек может наблюдаться при затруднении *оттока желчи* (холестаза) из-за скопления слизи, эпителия или паразитов в общем желчном протоке либо при развившемся воспалении желчных протоков (холангите).

Клинические проявления наиболее выражены в фазу обострения.

**Атипичные формы («маски») хронического холецистита** наблюдаются приблизительно у 30% больных, которые могут протекать в виде следующих форм.

**Кардиалгическая форма** (холецистокардиальный синдром, описанный еще С. П. Боткиным) проявляется длительными тупыми болями в области сердца, возникающими после обильной еды, нередко в положении лежа; часто аритмиями (синусовая тахикардия, экстрасистолия). На ЭКГ может отмечаться уплощение, а иногда и инверсия зубца Т.

**Эзофагальная форма:** упорная изжога, сочетающаяся с тупой, длительной болью за грудиной. Иногда чувство «кола» за грудиной, затруднение при прохождении пищи по пищеводу.

**Токсико-аллергическая форма:** появление артралгии, миалгии; признаков аллергоза (различные высыпания на коже, бронхообструкция, отек Квинке).

При **осмотре** обращают внимание:

- 1) на наличие симптомов раздражения брюшины, участков мышечной защиты;
- 2) наличие положительных **«пузырных» симптомов:**

- Курвуазье (увеличенный желчный пузырь),
- Ортнера — Грекова (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге по сравнению с левой),
- Кера (боль при вдохе во время пальпации правого подреберья),
- Образцова — Мерфи (равномерно надавливая большим пальцем руки на область желчного пузыря, предлагают больному сделать глубокий вдох; при этом у него захватывает дыхание и отмечается значительная боль в этой области),
- Василенко (болезненность при поколачивании в точке желчного пузыря при задержке дыхания на высоте вдоха),
- Мюсси — Георгиевского, или «френикус-симптом» (болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа).

## ДИАГНОСТИКА

*Тщательный опрос* больного, выявление связи с приемом и характером пищи, приемом препаратов, анализ данных истории болезни, жизни, наследственности, осмотр пациента.

Одним из ведущих методов является УЗИ: обращают внимание на форму, размеры ЖП, толщину его стенок, ширину пузырного и общего протоков, исключают *наличие конкрементов* в полости желчного пузыря или холедохе, опухоли, поперечной исчерченности стенки ЖП (признак холестероза).

*Признаками воспаления желчного пузыря вне обострения* считают утолщение стенки пузыря более 2 мм за счет развития в ней склеротического процесса, неравномерность и деформация контура пузыря, увеличение или уменьшение его размеров. *При обострении* могут выявляться: пристеночная негетерогенность, наличие хлопьев и взвеси в просвете желчного пузыря, удвоение контура пузыря, признаки вовлечения поджелудочной железы (размеры, контуры, ширина вирсунгова протока).

## Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- холестерин крови;
- амилаза крови;
- глюкоза крови;
- копрограмма;
- бактериологическое, микроскопическое и биохимическое исследование дуоденального содержимого.

Двукратно:

- общий анализ крови (при развитии обострения — лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг формулы влево, повышение СОЭ);
- общий анализ мочи (при развитии механической желтухи — темная моча, наличие желчных пигментов);
- билирубин и его фракции (обычно не изменены);
- АсАТ, АлАТ (обычно не изменены);
- ЩФ, гГТП (обычно не изменены, повышаются при наличии обструкции желчевыводящих путей);
- общий белок и белковые фракции;
- С-реактивный белок.

## Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы;
- дуоденальное зондирование (многофракционное хроматическое дуоденальное зондирование) или другие варианты;
- ЭФГДС;
- рентгеновское исследование грудной клетки.

*Дополнительные исследования* проводятся по показаниям. Обязательны консультации специалистов: хирург, эндокринолог.

## ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

1. По наличию камней: бескаменный; калькулезный.
2. По этиологии (если установлена): колибактериальный; стрептококковый и др.
3. По течению: латентный; редко (один раз в один-два года) или часто (более двух раз в году) рецидивирующий.
4. По фазе заболевания: обострение; стихающее обострение; ремиссия.
5. По функциональному состоянию: гиперфункция, гипофункция.
6. По наличию осложнений: неосложненный; осложненный.

К *осложнениям* относят: перихолецистит (приводит к развитию спаек, деформации желчного пузыря и нарушению его функций). Возможно вовлечение в воспалительный процесс соседних органов (холангит, гепатит, панкреатит, папиллит), развитие механической желтухи, формирование водянки желчного пузыря.

## Примеры формулировки диагноза

1. Хронический бескаменный холецистит, редко рецидивирующий, в фазе ремиссии, дисфункция билиарного тракта по гиперкинетическому типу.

2. Хронический бескаменный холецистит, часто рецидивирующий, в фазе обострения. Хронический обструктивный билиарнозависимый панкреатит в стадии обострения.
3. Сахарный диабет, тип II, тяжелое течение, стадия декомпенсации. Ампутация голени слева. Бескаменный холецистит в стадии обострения, дисфункция билиарного тракта по гипокинетическому типу.

### Дифференциальная диагностика

*Дифференциальная диагностика* проводится:

- с функциональными расстройствами билиарного тракта;
- желчнокаменной болезнью;
- опухолями желчного пузыря (доброкачественными и злокачественными);
- холестерозом (заболевание, обусловленное нарушением обмена холестерина с преимущественным отложением его в стенке желчного пузыря).

Кроме того, необходимо исключить следующие заболевания:

- хронический панкреатит;
- язвенную болезнь (чаще с локализацией в двенадцатиперстной кишке);
- дуоденит;
- обострение хронического гастрита;
- глистную инвазию и др.

### ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

У каждого больного ХБХ протекает по-разному. В связи с этим выделяют три степени тяжести течения заболевания.

*Легкая форма* характеризуется болевым синдромом в правом подреберье, продолжающимся не более 30 минут и проходящим обычно самостоятельно. Боль может иррадиировать в правое плечо и шею, правую лопатку. Диспепсические явления, как правило, отсутствуют. Обострения — редкие (один-два раза в год), непродолжительные (две-три недели), осложнения не развиваются.

*Среднетяжелая форма* характеризуется стойким, продолжительным и выраженным болевым синдромом. Обострения — до пяти-шести раз в году.

*Тяжелая степень* заболевания проявляется резко выраженным и продолжительным болевым синдромом, купирующимся неоднократно вводимыми парантерально анальгетиками и спазмолитиками.

Нередко развиваются осложнения (перихолецистит, холангит, водянка ЖП).

В большинстве случаев прогноз при ХБХ благоприятный. Лечение проводится, как правило, амбулаторно.

### Показания для госпитализации

1. При клинически выраженном обострении (*в гастроэнтерологическое или терапевтическое отделение*).
2. Впервые возникшем сильном болевом синдроме, при угрозе развития деструктивного холецистита (*в хирургическое отделение*).

### ЛЕЧЕНИЕ

*Общие принципы лечения:*

- 1) рекомендации по режиму питания и диете;
- 2) медикаментозная терапия:
  - купирование болевого синдрома,
  - применение антибактериальных средств (по показаниям),
  - коррекция желчеобразования и желчевыделения (с учетом типа функциональных расстройств);
- 3) немедикаментозная терапия:
  - ЛФК,
  - физиотерапия,
  - санаторно-курортное лечение показано в стадии ремиссии (питьевые курорты: Дорохово, Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Моршин).

### Диетотерапия

Частые приемы небольших количеств пищи (четырёхразовое — в фазе ремиссии, пяти-шестиразовое питание при обострении). В фазе резкого обострения в первые два дня назначается только тёплое питьё (некрепкий чай, соки из фруктов и ягод, разбавленные водой, отвар шиповника) небольшими порциями до 3—6 стаканов в день. Рекомендуют нежирные сорта мяса и рыбы, каши (манная, овсяная, рисовая), пудинги, сырники, салаты. Разрешают некрепкий кофе, чай, фруктовые, овощные, ягодные соки после стихания обострения. Очень полезны растительные жиры (нерафинированное оливковое, подсолнечное масло), содержащие полиненасыщенные жирные кислоты, витамин Е. При достаточном количестве белка и растительных жиров в диете повышается холатехолестериновый индекс и, таким образом, уменьшается литогенность желчи.

**Не рекомендуются блюда в холодном виде.**

**Исключить (резко ограничить):**

- 1) при *любой форме дисфункции* — жареные, копченые блюда; шоколад, кофе; пиво, вино, газированные напитки; крепкие мясные, грибные и рыбные бульоны; тугоплавкие жиры; изделия из сдобного теста;
- 2) при *гипертонической форме*: маринованные блюда, грибы, пряности; жирные мясо, рыба и птица; яичные желтки, орехи; крем; лук, чеснок, щавель, редьку, ржаной хлеб, горох, бобы.

**Включать:** при гипотонической форме — фрукты, овощи, растительное и сливочное масло, сливки, сметану, яйца.

### **Медикаментозное лечение**

**Купирование болевого синдрома:** при признаках гиперфункции ЖП и СФО эффективно применение спазмолитиков и холинолитиков: мебеверина гидрохлорида (дюспаталин), гимекромона (одестон), дротаверина гидрохлорид (но-шпа), гиосцина бутилбромид (бускопан), платифиллина. Для устранения боли при гипофункции или при перихолецистите применяют НПВП: мелоксикам (мовалис), диклофенак (вольтарен), ибупрофен. Для быстрого купирования боли можно использовать нитроглицерин. Препараты для купирования боли назначают однократно или короткими курсами.

**Антибактериальную терапию** назначают только в тех случаях, когда имеются данные (клинические и лабораторные), подтверждающие активность воспалительного процесса в ЖП. Выбор препарата зависит от вида возбудителя, выявленного при посеве желчи, его чувствительности к антибактериальному препарату, а также способности препарата проникать в желчь и накапливаться в ней. Назначают один из следующих препаратов:

- 1) макролиды (klarитромицин внутрь по 0,5 г два раза в сутки, азитромицин по 0,5 один раз в сутки);
- 2) полусинтетические тетрациклины (доксциклин) внутрь; в первый день назначают по 0,1 г два раза в сутки, в последующие дни по 0,1–0,2 г/сут в зависимости от тяжести заболевания; препарат принимают за 1 ч до еды или через 2–3 ч после еды;
- 3) цефалоспорины для приема внутрь — цефуроксим аксетил (зиннат) по 0,25–0,5 г два раза в сутки после еды;
- 4) фторхинолоны в виде таблеток (ципрофлоксацин, ломефлоксацин) 0,4 г/сут;
- 5) производные нитрофуранов (фуразолидон по 0,1 г четыре раза в сутки или фурамаг по 0,1 г три раза в сутки) после еды.

Все препараты назначают в течение 5–7–10 дней.

**Коррекция желчеобразования и желчевыделения** проводится холеретиками (усиливают образование и выделение желчи) и холекинетики (стимулируют выделение желчи и сокращение ЖП). Лечение проводят в виде курсов по 2–4 недели 2–4 раза в год:

- 1) производные УДХК (урсосан, урсолив) в суточной дозе 15 мг на кг массы тела; УДХК обладает выраженным антихолестатическим, а также гепатопротективным, цитопротективным, литолитическим и гипохолестеринемическим действием;
- 2) домперидон (мотилиум) 0,01 г три-четыре раза в день, или дебридат (тримебутин) 0,1–0,2 г три-четыре раза в день при гипомоторной дисфункции;
- 3) препараты растительного происхождения на основе расторопши, артишока, бессмертника, шиповника): хофитол по две-три таблетки три раза в день перед едой; гепабене по две капсулы три раза в день после еды.
- 4) фитотерапия (в виде отвара трав, чая) и пряные травы: плоды шиповника, полевой хвощ, кукурузные рыльца, бессмертник песчаный, цветы пижмы, мята перечная, петрушка.

### **Экспертиза трудоспособности**

**Временная нетрудоспособность** может наступить при приступах печеночной колики, особенно трудно поддающейся купированию и затрудняющей осуществление профессиональной деятельности. В таких случаях возможно освобождение от работы на 1–3 дня.

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности:

- обострение хронического холецистита легкой формы — 8–12 дней;
- обострение хронического холецистита среднетяжелой формы — 14–20 дней;
- обострение хронического холецистита тяжелой формы — 21–30 дней;
- при осложнениях ХБХ — вопрос решается индивидуально в зависимости от тактики лечения.

### **Диспансерное наблюдение и профилактика**

Диспансерному наблюдению подлежат все больные хроническим некалькулезным холециститом.

**Хронический некалькулезный холецистит с частыми обострениями** — осмотр терапевтом, гастроэнтерологом два-три раза в год, хирургом — по показаниям. Назначается клинический анализ крови, по показаниям — холецистография, определение ферментов поджелудочной железы, биохимический анализ крови.

*Хронический некалькулезный холецистит без частых обострений* — осмотр терапевтом один раз в год, гастроэнтерологом, хирургом — по показаниям. Клинический анализ крови при обострении, по показаниям — проведение дополнительного обследования.

**Первичная профилактика ХБХ** должна осуществляться с учетом причин возникновения данной патологии. С этой целью необходимо своевременно выявлять хронические очаги воспалительных заболеваний органов пищеварения. Для уменьшения вероятности возникновения ХБХ важно соблюдать режим питания, употреблять продукты, содержащие достаточное количество клетчатки, не злоупотреблять жирной, жареной пищей, алкоголем, вести активный образ жизни, контролировать свой вес.

**Вторичная профилактика** заключается в соблюдении режима питания. Пищевой рацион должен быть полноценным по составу и калорийности, содержать достаточное количество растительных жиров, белков, витаминов, овощей и фруктов, но с ограничением легко усвояемых углеводов (сахар, изделия из сдобного теста, кремы и т.п.).

Рекомендуется регулярно заниматься ЛФК, способствующей лучшему опорожнению желчного пузыря. С этой же целью полезно курсовое применение минеральных вод (в виде питья), проведение физиотерапевтического, санаторно-курортного лечения. Активное проведение вторичной профилактики особенно важно для предотвращения трансформации ХБХ в калькулезный холецистит.

### 4.5.3. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

**Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)** — *собирательное понятие, объединяющее как функциональные нарушения, возникшие у пациентов после удаления ЖП, так и ранее существовавшие органические заболевания гепатобилиарной зоны и поджелудочной железы, обострение (прогрессирование) которых вызвано холецистэктомией.* Основные клинические проявления ПХЭС — боли и диспепсические расстройства.

Холецистэктомия — эффективная операция, позволяющая устранить симптомы желчнокаменной болезни у 75—90% больных. В России производится более 100 тыс. холецистэктомий в год. Удаление ЖП изменяет процессы желчеобразования и желчевыделения, при этом литогенность желчи сохраняется.

Примерно у 1% больных развиваются осложнения после оперативного лечения ЖКБ.

**Код по МКБ-10**

**K91.5** Постхолецистэктомический синдром

*Причины появления симптомов* чаще всего следующие.

1. Недиagnostированные заболевания других органов: рефлюкс-эзофагит, язвенная болезнь, панкреатит, синдром раздраженной кишки и др.
2. Патология внепеченочных желчных путей (собственно «ПСЭС») в виде:
  - стриктур желчных протоков (неликвидированный во время операции рубцовый стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки или вновь возникший стеноз, посттравматическая рубцовая стриктура общего желчного протока);
  - оставленных камней желчных протоков;
  - длинной культы пузырного протока;
  - стеноза фатерова соска.
3. Функциональные расстройства (дисфункции) сфинктера Одди по билиарному или панкреатическому типу.
4. Изменение состава и физико-химических свойств желчи, приводящих к нарушению ее текучести.
5. Нарушение пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку, приводящее к нарушению процессов пищеварения.
6. Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке (чаще всего E.Coli) выявляется более чем в 90% случаев у пациентов с диспепсическим синдромом после холецистэктомии. Деконъюгация желчных кислот (под влиянием микробных ферментов) приводит к секреторной диарее, что может вызывать раздражение слизистой оболочки и развитие дуоденита.



**Запомните!** Симптомы, остающиеся после холецистэктомии (стойкие боли и диспепсия), часто связаны с дисфункцией сфинктера Одди.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Рецидивирующие коликообразные боли в правом верхнем квадранте живота и эпигастрии, иррадиирующие в спину и правую лопатку, чувство тяжести, тошнота, горечь во рту, непереносимость жира, часто диарея, вздутие живота, неустойчивый стул. Возможно появление желтухи, кожного зуда.

## ДИАГНОСТИКА

*Тщательный опрос больного*, анализ жалоб, истории болезни, жизни, данные осмотра.

### Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- общий анализ крови и общий анализ мочи;
- билирубин, АсАТ, АлАТ; ЩФ, ГГТП;
- ферменты ПЖ: липаза, амилаза, эластаза;
- копрограмма, кал на дисбактериоз и гельминты.

### Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- УЗИ органов брюшной полости (комплексное);
- ФЭГДС;
- ЭРХПГ;
- дуоденальное зондирование (по показаниям);
- КТ, МРТ (по показаниям);
- ректороманоскопия.

*Обязательные консультации специалистов:* хирурга, проктолога.

### Примеры формулировки диагноза

1. Постхолецистэктомический синдром: рубцовая стриктура общего желчного протока.
2. Холецистэктомия в 2014 г. по поводу калькулезного холецистита, ПХЭС: дисфункция сфинктера Одди.

## ЛЕЧЕНИЕ

*Цели:*

- 1) восстановление нормального поступления желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку;
- 2) обеспечение стерильности желчи и дуоденального содержимого;
- 3) устранение симптомов мальдигестии и мальабсорбции.

### Диетотерапия

*Диетотерапия* зависит от сроков прошедших после операции, клинических проявлений, массы тела. При наличии диспептических явлений, диареи назначается *«Вариант диеты с механическим и химическим щажением»*.

1. Рекомендуется диета № 5 с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты). Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6–8 г/сут), продукты, богатые эфирными маслами. Белки 85–90 г/сут (в том числе животные – 40–45 г/сут), жиры – 70–80 г (в том числе растительные – 25–30 г), углеводы – 400–500 г (в том числе моно- и дисахариды – 30–40 г). Энергетическая ценность – 2170–2480 ккал.
2. Режим питания дробный, 4–6 раз в день.
3. Исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености.
4. Блюда готовятся в отварном виде или на пару, запеченные.
5. Температура пищи – от 15 до 60–65 °С.
6. Свободная жидкость – 1,5–2,0 л.
7. Положительный клинический эффект дает применение минеральных вод.

*По мере улучшения самочувствия*, уменьшения выраженности симптоматики необходимо расширение диеты: блюда не протираются, могут вводиться сырые измельченные овощи и фрукты. Назначается *«Основа вариант стандартной диеты»*.

*При сопутствующем ожирении* этапом лечения может быть назначение *«Варианта диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийной диеты)»*.

### Медикаментозное лечение

При наличии *билиарной недостаточности* в качестве патогенетической терапии необходимо назначение препаратов УДХК (урсосан) из расчета 7–10 или 10–15 мг/кг массы тела в течение двух-трех месяцев с последующим снижением дозы.

При *болевым синдроме* можно включать спазмолитики (мебиверина гидрохлорид).

Для устранения относительной *ферментативной недостаточности* и улучшения переваривания жиров обосновано назначение ферментных препаратов (креон, микрозим, панцитрат).

При *дуодените, папиллите, при выявлении в посевах кишечного содержимого условно-патогенной микрофлоры* рекомендуются антибактериальные препараты. Затем проводится лечение пробиотиками (линекс, бактисубтил, пробиформ, бифиформ) и пребиотиками (дюфалак, нормазе).

Рекомендуемое лечение более подробно представлено в параграфе 4.5.2.

*Хирургическое лечение* — по показаниям (рецидив камней или стриктур, ретенноз большого дуоденального сосочка).

*Требования к результатам лечения:*

- исчезновение болевого и диспепсического синдромов;
- отсутствие изменений лабораторных показателей (ремиссия);
- уменьшение клинических проявлений болезни;
- восстановление трудоспособности.

### Ведение больных с ПХЭС

В основном лечение симптоматическое, должно проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях.

*Показания к экстренной госпитализации* — выраженный болевой и диспепсический синдромы.

*Показания к плановой госпитализации:*

- изменения биохимических показателей крови, свидетельствующих о наличии синдромов холестаза или цитолиза;
- расширение общего желчного протока более 0,8 см.

### Экспертиза трудоспособности

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности:

- ПХЭС (забытые рецидивирующие камни желчных протоков) — 25–35 дней;
- ПХЭС (воспалительная стриктура желчных протоков) — 40–55 дней;
- ПХЭС (ятрогенное повреждение желчных протоков) — 40–60 дней с возможным направлением на МСЭ с учетом условий труда;
- ПХЭС (стенозы большого дуоденального сосочка) — 25–35 дней с возможным направлением на МСЭ с учетом особенностей условий труда.

### Диспансерное наблюдение и профилактика

Диспансерному наблюдению подлежат все пациенты после холецистэктомии, (переведенные от хирурга) в стадии компенсации.

Профилактика заключается в своевременном выполнении хирургического вмешательства (холецистэктомии) до развития осложнений ЖКБ, а также в проведении адекватной предоперационной подготовки и тщательного наблюдения в послеоперационном периоде с целью коррекции выявленных нарушений. Очень важны соблюдение режима питания и рациональной диеты, контроль за массой тела, адекватная физическая активность.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Перечислите клинические признаки функциональных расстройств билиарного тракта.
2. Дайте определение ХБХ. Укажите факторы риска его развития.
3. Перечислите этиологические факторы и патогенетические механизмы развития ХБХ.
4. Укажите заболевания, с которыми следует дифференцировать ХБХ.
5. Перечислите принципы терапии ХБХ.
6. Назовите причины развития ПХЭС.

## ВОПРОСЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВРАЧУ ПАЦИЕНТОМ

1. **Как долго необходимо соблюдать диету при хроническом бескаменном холецистите?**

**Ответ.** Строгое соблюдение диеты, рекомендованной врачом, необходимо при обострении заболевания. Вне обострения важно соблюдать режим питания: прием пищи не реже четырех раз в день с обязательным легким ужином за 1 ч до сна.

2. **Что такое холестероз и чем он опасен?**

**Ответ.** Холестероз — заболевание, связанное с нарушением обмена липидов (холестерина). При этом происходит отложение холестерина в стенку желчного пузыря. К группе риска можно отнести лиц с наследственным повышением уровня холестерина, ожирением, с избыточным потреблением животной пищи и недостатком в рационе растительных продуктов. Пациентов могут беспокоить коликообразные боли в правом подреберье и подложечной области. Иногда холестероз бывает случайной находкой при УЗИ желчного пузыря. При холестерозе возможно образование холестериновых полипов, что требует проведения обследования для исключения злокачественных опухолей.

## 4.6. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

**Хронический панкреатит (ХП)** — группа хронических заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), преимущественно воспалительной природы, с прогрессирующими очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными, деструктивными изменениями ее экзокринной части, атрофией панкреоцитов и замещением их соединительной тканью; изменениями в протоках ПЖ с образованием кист и конкрементов, с нарушением экзокринной и эндокринной функций.

За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости ХП более чем в 2 раза. В России также отмечен значительный рост данной патологии. В Европе распространенность составляет 25,0–26,4 случаев на 100 тыс. населения, в России —



27,4—50 случаев на 100 тыс. населения. Летальность составляет 5,1%. Более чем в 5 раз возрастает риск развития рака ПЖ у больных с 10-летним стажем заболевания.

Хронический панкреатит представляет собой серьезную медицинскую и социальную проблему, требующую немалых социально-экономических затрат.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ХП во многих случаях развивается как следствие или исход *рецидивирующего острого панкреатита, постнекротического (тяжелого) острого панкреатита*.

1. Токсическое воздействие:
  - употребление алкоголя (более 20 г/сут чистого этанола, что соответствует 50 мл водки, 200 мл вина, 400 мл пива) — самая частая причина ХП у мужчин;
  - курение — независимый фактор риска развития ХП. Токсический эффект возрастает с увеличением числа выкуренных сигарет и длительностью курения. Курение потенцирует действие алкоголя (мультипликативный эффект), повышая как риск развития, так и прогрессирования ХП.
2. Обструкция:
  - стеноз (возможно дисфункция) сфинктера Одди;
  - обструкция протока опухолью, кистами двенадцатиперстной кишки, конкрементами. Наличие камней в ЖП и холедохе — наиболее частая причина ХП у женщин;
  - посттравматические рубцы панкреатических протоков (осложнение после папиллосфинктеротомии, удаления камней).
3. Наследственность — мутации генов (катионического трипсиногена, гена ингибитора трипсина) приводят к развитию быстро прогрессирующего наследственного панкреатита в возрасте до 20 лет, при этом повышается риск развития не только ХП, но и аденокарциномы ПЖ.
4. Иммунологические нарушения — аутоиммунный хронический панкреатит (АХП) возникает изолированно или в сочетании с синдромом Шегрена, воспалительными заболеваниями толстого кишечника, первичным билиарным циррозом печени. Для него характерны гипергаммаглобулинемия, повышение уровня IgG и IgG4 сыворотки и наличие аутоантител (антинуклеарных, к лактоферрину, карбоангидразе II и гладкой мускулатуре).



Очень важна своевременная диагностика АХП, поскольку эта форма панкреатита эффективно лечится глюкокортикостероидами!

5. Другие и редкие метаболические (доказанные) факторы:
  - хроническая болезнь почек (III—IV стадии);
  - гиперпаратиреоз;
  - ишемическое поражение при атеросклерозе мезентериальных сосудов.

Роль лекарственных средств и токсических веществ в развитии ХП до настоящего времени остается пока точно недоказанной.

Патогенез ХП имеет особенности в зависимости от этиологического фактора. Общими для всех форм заболевания являются:

- 1) очаговые фазовые деструктивные изменения за счет экзогенных факторов (алкоголя), развития протоковой гипертензии (обструкции, отека), интрапанкреатической активации проферментов;
- 2) воспалительная инфильтрация паренхимы ПЖ;
- 3) прогрессирующий фиброз паренхимы ПЖ;
- 4) развитие экзо- и эндокринной панкреатической недостаточности.

## КЛАССИФИКАЦИЯ

1. По этиологии:
  - билиарнозависимый;
  - алкогольный;
  - дисметаболический (СД, гиперпаратиреоз, гемохроматоз, гиперхолестеринемия);
  - инфекционный;
  - лекарственный;
  - аутоиммунный;
  - идиопатический.
2. По клиническим проявлениям:
  - болевой вариант;
  - диспептический или гипосекреторный;
  - сочетанный;
  - латентный;
  - астено-невротический (ипохондрический).
3. По морфологическим признакам:
  - интерстициально-отечный;
  - паренхиматозный;

- фиброзно-склеротический (индуративный);
  - гиперпластический (псевдотуморозный);
  - кистозный.
4. По характеру клинического течения:
    - редко рецидивирующий (обострения один-два раза в год);
    - часто рецидивирующий (обострения три-четыре раза в год);
    - с постоянно присутствующей симптоматикой ХП (персистирующий).
  5. По фазе заболевания:
    - обострение;
    - затухающего обострения;
    - ремиссия.
  6. Осложнения:
    - нарушение желчеотделения;
    - портальная гипертензия (подпеченочная);
    - эндокринные нарушения:
      - нарушение толерантности к глюкозе,
      - панкреатогенный сахарный диабет,
      - гипогликемические состояния;
    - воспалительные изменения: абсцесс, киста, парапанкреатит, «ферментативный» холецистит, пневмония, выпотной плеврит, паранефрит и пр. (обусловленные повреждающим действием панкреатических энзимов);
    - остеопороз;
    - редкие осложнения: эрозивный эзофагит, синдром Маллори — Вейсса, гастродуоденальные язвы, хроническая дуоденальная непроходимость и абдоминальный ишемический синдром.

#### Код по МКБ-10

**K86.1** Хронический панкреатит

### ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

Диагноз ХП должен отражать:

- 1) этиологию;
- 2) стадию заболевания;
- 3) структурные изменения ПЖ;
- 4) течение заболевания;
- 5) фазу заболевания;
- 6) осложнения.

### Примеры формулировки диагноза

1. Хронический панкреатит алкогольный, II стадии, безболевая форма, средней тяжести, фаза обострения. Недостаточность питания средней степени тяжести.
2. Хронический панкреатит билиарнозависимый, III стадии, болевая форма, тяжелого течения, фаза нестойкой ремиссии. Холецистэктомия в 2006 г. по поводу ЖКБ. Рубцовая стриктура общего желчного протока. Нарушение толерантности к глюкозе.
3. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит, ремиссия. Хронический обструктивный панкреатит, болевая форма, ремиссия.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Она проявляется двумя основными синдромами: *болевым абдоминальным и экзо-эндокринной панкреатической недостаточностью*. Выделяют три периода в течение ХП:

*Начальный период* характеризуется чередованием периодов обострения и ремиссии. Во время обострения возникают боли различной интенсивности и локализации. Диспепсический симптомокомплекс (при его наличии) носит сопутствующий характер и купируется при лечении в первую очередь. Продолжительность этого периода чаще всего до 10 лет.

*Второй период* (как правило, после 10 лет течения заболевания) представляет собой стадию внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Болевой синдром уходит на второй план и уступает место диспепсическому симптомокомплексу (желудочному и кишечному). Желудочная диспепсия связана с часто возникающим дуоденостазом, гастроэзофагальным рефлюксом. Кишечная диспепсия, возникающая на фоне синдрома мальдигестии, проявляется моторными нарушениями кишечника. Болевой синдром становится менее выраженным или исчезает. Вследствие развивающегося синдрома мальабсорбции прогрессирует трофологическая недостаточность.

*Третий период* характеризуется либо стиханием патологического процесса (у 2/3 больных), либо развитием осложнений (через 7—15 лет от начала заболевания).



Клинические симптомы ХП неоднозначны и зависят от периода и стадии болезни!

1. Абдоминальная боль (80–95%) — наиболее частый симптом. Характеристика боли:
  - рецидивирующая или постоянная;
  - может быть ноющей или «жгучей», усиливаясь до очень интенсивной (отек поджелудочной железы, растяжение ее капсулы);
  - спастического характера (при спазме сфинктеров);
  - локализуется в левой верхней половине живота, в подложечной области;
  - появляется или усиливается после еды (через 30–40 мин), особенно после жирной, жареной, острой пищи, приема алкоголя, может сопровождаться тошнотой, рвотой;
  - иррадирует в спину, в левую половину поясничной области или приобретает опоясывающий характер, возможна иррадиация в левую руку, ключицу, под левую лопатку;
  - проходит при голодании (у пациентов может быть боязнь приема пищи), при наклоне вперед.
2. Стеаторея связана с развитием внешнесекреторной недостаточности вследствие замещения функциональной ткани поджелудочной железы фиброзной тканью.
3. Диарея (50%). Стул неоформленный, большого объема (более 500 мл), с неприятным запахом, плохо смывающийся (стеаторея).
4. Уменьшение массы тела (80%), особенно характерно для поздних стадий ХП при развитии внешнесекреторной недостаточности.
5. Тошнота и рвота (не приносит облегчения).
6. Симптомы сахарного диабета.

При **осмотре** больного могут выявляться:

- 1) на коже груди и живота — «красные капельки», не исчезающие при надавливании;
- 2) желтушность кожи и видимых слизистых (нарушение проходимости общего желчного протока);
- 3) признаки нарушения обмена витаминов, минеральных веществ и микроэлементов: сухость и шелушение кожи, бледность кожи и видимых слизистых оболочек, тусклые, сухие, тонкие, легко выпадающие волосы, ломкие ногти, трещины в углах рта, гладкий, увеличенный в размерах язык с отпечатками зубов по краям;
- 4) синдром нарушенного пищеварения и всасывания сопровождается снижением массы тела, уменьшением объема мышечной массы.

Необходимо рассчитать индекс массы тела. В норме он составляет 20–24,9 кг/м<sup>2</sup>. При снижении его менее 19 следует более детально оценить состояние питания пациента.

При **пальпации** живота выявляется болезненность в эпигастральной области, левом подреберье.

При поражении:

- 1) головки поджелудочной железы — болезненность отмечается в точке Дежардена, зоне Шоффара;
- 2) хвоста — болезненность на границе верхней и средней трети биссектрисы левого угла, образованного горизонтальной линией через пупок и срединной линией живота;
- 3) болезненность при пальпации в точке на границе верхней и средней трети линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги (точка Мейо — Робсона).

При **перкуссии** может быть выявлено притупление перкуторного звука в боковых отделах вследствие асцита.

### ДИАГНОСТИКА

Основана на оценке тщательно собранного анамнеза заболевания и жизни (наследственность), имеющихся клинических симптомов (выявление связи болей и симптомов диспепсии с приемом пищи; характер стула; динамика массы тела); осмотра. Важны сведения о злоупотреблении алкоголем и о перенесенном ранее острым панкреатите и его рецидивирующем течении.

Для постановки диагноза требуется целенаправленное обследование больных для исключения заболеваний, сходных по клинической картине с ХП. Большое значение имеют лабораторные и инструментальные исследования.

**Лабораторные исследования** проводят с целью определения активности ферментов ПЖ (в сыворотке крови и моче) и оценки экзо-, эндокринной недостаточности. Дополнительно проводят комплексное общеклиническое и биохимическое исследование крови. Наиболее распространенным диагностическим тестом является определение уровня амилазы в крови и моче, но его чувствительность невелика, что связано с кратковременностью гиперамилаземии и гиперамилазурии при явном заболевании.



Прямой связи между тяжестью течения панкреатита и активностью амилазы в этих биологических жидкостях не существует.

Самым чувствительным тестом диагностики обострения ХП считается определение в крови **эластазы-1** иммуноферментным методом.

Повышение ее уровня отмечается практически всегда и сохраняется в течение 8–10 дней после острой атаки.

Для выявления нарушения внешнесекреторной (экзокринной) функции ПЖ проводят исследование кала (*копрограмма*):

- **полифекалия** (вес выделенного кала в течение суток превышает 400 г, при норме — 250 г);
- **креаторея** — ранний признак недостаточности ПЖ, стеаторея — поздний признак внешнесекреторной недостаточности; такая последовательность является важным дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим отличить нарушения процессов пищеварения при ХП от другой патологии; сочетание стеатореи и креатореи свидетельствует о тяжелой панкреатической недостаточности.

**Уровень эластазы-1** в кале не зависит от приема больным ферментных препаратов.



Обратите внимание, что в данном случае чем больше значение показателя, тем лучше: норма — от 200 до 500 и более мкг/г кала; экзокринная недостаточность поджелудочной железы средней и легкой степени тяжести — 100–200 мкг/г; экзокринная недостаточность поджелудочной железы тяжелой степени — менее 100 мкг/г.

Для выявления нарушения внутрисекреторной (эндокринной) функции ПЖ определяют уровень глюкозы в крови и (или) гликозилированный гемоглобин (HBA1C). Гипергликемия, гипогликемия или повышение уровня HBA1C характерны для нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Нарушение толерантности к глюкозе со временем развивается у 70% больных с ХП, а у 30% — сахарный диабет. Иногда сахарный диабет может быть первым и единственным проявлением безболевого формы ХП.

**Исследование периферической крови:** лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ — у 25% больных наблюдается при обострении.

### Инструментальные методы исследования

1. Обзорный рентгеновский снимок брюшной полости (камни в желчном пузыре, в протоках). Патогномичный признак ХП — кальцификация поджелудочной железы. При рентгеноскопии органов грудной клетки возможно обнаружение признаков осложнений — (левосторонний, реже двухсторонний экссудативный плеврит, дисковидный ателектаз нижней доли левого легкого, ограничение подвижности диафрагмы).

2. УЗИ органов брюшной полости (с использованием компьютерной цифровой обработки). Оценивают форму, размеры, очаговое или диффузное увеличение, четкость контуров, экзогенность (рассеянный кальциноз), состояние протоковой системы поджелудочной железы.
3. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) может выявить изменения в протоковой системе: расширение или стриктуры вирсунгова протока, камни, псевдокисты), провести дифференциальную диагностику с раком ПЖ.
4. Компьютерная томография (КТ) является методом выбора для первичной диагностики ХП. Чувствительность КТ составляет 75–90%, специфичность — 85%.

Стандартом исследования является мультидетекторная (мульти-спиральная) КТ (МДКТ).

При обострении ХП компьютерная томография с внутривенным контрастированием способна подтвердить диагноз, оценить тяжесть обострения и выявить осложнения.

**Обязательные консультации** специалистов: хирурга (особенно при выраженных клинических проявлениях и неоднозначных данных лабораторно-инструментального исследования), эндокринолога.

### Дифференциальная диагностика

У больных с подозрением на ХП необходимо проводить дифференциальную диагностику со следующей патологией.

1. Дискинезия желчевыводящих путей.
2. Желчнокаменная болезнь.
3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
4. Заболевания пищевода: эзофагит, эрозивно-язвенные поражения.
5. Синдром раздраженного кишечника.
6. Заболевания, сопровождающиеся синдромом нарушения пищеварения и всасывания — энтеропатии различного генеза.
7. Рак поджелудочной железы.

### ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Помимо многообразных форм ХП, указанных ранее, необходимо оценить и его степень тяжести:

- **легкое течение:** редкие (один-два раза в год) и непродолжительные обострения спровоцированные погрешностями в диете, интеркуррентной инфекцией; быстро купирующийся болевой синдром; нет нарушений функций ПЖ и снижения массы тела; копрограмма в пределах нормы;

- **средней степени тяжести:** (обострения три-четыре раза в год), болевой синдром длительный, имеются эпизоды гиперферментемии, нарушение функции поджелудочной железы в виде стеатореи, креатореи, амилореи, снижение массы тела; признаки структурных изменений ПЖ (по данным УЗИ);
- **тяжелое течение:** обострения частые, длительные; упорный болевой и диспепсический синдром, панкреатогенные поносы, выраженные нарушения функции поджелудочной железы, прогрессирующее снижение массы тела; осложнения в виде выпотного плеврита, СД, наличие кист, псевдокист.

Прогноз при ХП определяется возможностью устранения причин, вызывающих поражение ПЖ, степенью и характером ее морфологических изменений, общего состояния больного, адекватностью проводимого лечения.

При *прогрессировании ХП* возможно развитие состояний, связанных с нарушениями структуры поджелудочной железы: холестаза (сдавление общего желчного протока), тромбоз селезеночной вены и формирование варикозного расширения вен пищевода, формирование псевдокист, кальцификация, стеноз двенадцатиперстной кишки, развитие рака поджелудочной железы, предшественником которого может быть панкреатическая интраэпителиальная неоплазия.

## ЛЕЧЕНИЕ

### *Цели лечения:*

1. Купирование болевого синдрома.
2. Коррекция экзо- и эндокринной панкреатической недостаточности.
3. Коррекция трофологического статуса.
4. Предупреждение и лечение осложнений.
5. Улучшение качества жизни.

У больных ХП важным является назначение рационального и адекватного сочетанного немедикаментозного и медикаментозного лечения. Добиться клинического эффекта проводимой терапии можно при условии устранения этиологических факторов: полного исключения употребления алкоголя, отказа от табакокурения, устранения обструкции желчевыводящих путей.

Основой немедикаментозного лечения является диетотерапия, принципы которой различны при обострении и ремиссии заболевания.

## Диетотерапия

При выраженном обострении назначается полное голодание на два-три дня.

При умеренно выраженном обострении рекомендован *«Вариант диеты с механическим и химическим щажением»*. Необходим отказ от приема алкоголя.

*Диета* соответствует физиологическим нормам содержания белков, жиров и углеводов, обогащена витаминами, минеральными веществами; умеренно ограничены химические и механические раздражители слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта.

*Режим питания* дробный, пять-шесть раз в день, порции небольшие. При ограниченном объеме рекомендуется более частое питание, что способствует более качественному перевариванию и усвоению пищи. По мере улучшения самочувствия количество приемов пищи сокращается до рекомендуемого рациональным питанием четырехразового режима питания.

Особенностями технологии приготовления блюд является *механическое, химическое, термическое щажение*. Блюда готовятся в отварном, запеченном виде или на пару. Каши, супы — протертые, мясо — в виде котлет, фрикаделей, кнелей.

Исключаются жареные блюда, наваристые бульоны, острые закуски, приправы, копчености, богатые эфирными маслами продукты (лук, чеснок, редька, редис, шпинат, щавель), ограничивается поваренная соль до 6—8 г в день.

Рекомендуемая температура пищи — от 15 до 60—65 °С. Свободная жидкость — 1,5—2 л.

При исчезновении симптомов рекомендуется «Основной вариант диеты», в котором рацион расширяется, блюда не протираются (мясо дается куском, каши — рассыпчатые), фрукты и овощи даются в свежем виде.

При наличии недостаточности питания (синдром мальабсорбции) показан «Вариант диеты с повышенным количеством белка» («Высокобелковая диета»), дополнительный прием смесей для энтерального питания: «Берламин модуляр», «Нутризон», «Нутриэн стандарт», «МД мил Клинипит», «Клинутрен Оптима», «Нутрикомп стандарт». При выраженном синдроме мальабсорбции — прием гидролизovaných смесей, содержащих олигопептиды: «Пептамен», «Нутриэн элементаль».

Питательные смеси сбалансированы по составу, содержат основные нутриенты (белки, жиры, углеводы в рекомендуемом соотношении), витамины, минеральные вещества, микроэлементы; принимаются в виде коктейлей в промежутках между основными приемами пищи.

### Медикаментозное лечение

Главными задачами консервативной терапии ХП является уменьшение или купирования болевого абдоминального синдрома, предотвращение или компенсация функциональной панкреатической недостаточности.

Купирование болевого синдрома осуществляется:

- 1) назначением строгой диеты (см. выше) или голода (в зависимости от выраженности симптомов);
- 2) приемом ненаркотических анальгетиков, дозы которых подбирают индивидуально: парацетамола (не вызывает гастропатии, не снижает клубочковую фильтрацию, не повышает АД), при его неэффективности можно назначать трамадол или оба препарата вместе; парацетамол следует принимать за 30 минут до приема пищи для минимизации усиления боли после приема пищи;
- 3) назначением ферментных (без желчных кислот) препаратов (креон по одной капсуле во время еды или в период голодания по две капсулы четыре раза в день; микрозим, панкреатин);
- 4) приемом ингибиторов протонной помпы (омепразол, рабепразол 20 мг два раза в день не менее 2 нед); при упорной боли рекомендовано применение высоких доз ферментных препаратов в сочетании с ингибитором протонной помпы или консультация хирурга и эндоскописта.

Трициклические антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики уменьшают проявления сопутствующей депрессии, выраженности боли и потенцируют эффект назначенных анальгетиков.

### Коррекция экзокринной недостаточности

**Ферментные препараты:** панкреатин, мезим форте 10 000, креон 10 000, 25 000.

Рекомендуемая для лечения внешнесекреторной панкреатической недостаточности разовая доза ферментов должна содержать не менее 20 000—40 000 ЕД липазы.

#### *Почему обращают внимание на липазу?*

Дефицит липазы развивается раньше, она быстрее разрушается желудочным содержимым. Необходимо принимать 2—4 капсулы препарата при основных приемах пищи и 1—2 капсулы — при приемах небольшого количества пищи. При подборе дозы ферментов могут быть полезны данные копрограммы.

**При диспепсических расстройствах:** прокинетики (домперидон, метоклопрамид по 10 мг три раза в день, в течение двух-трех недель).

После купирования обострения хронического панкреатита необходимо провести деконтаминацию тонкой и толстой кишки в связи с часто развивающимся синдромом избыточного бактериального роста: назначаются ципрофлоксацин, эрсефурил на 5—7 дней, затем пробиотики (бифидумбактерин, бифидумбактерин форте, линекс, бифиформ, пробифор и др.).

### Коррекция эндокринной недостаточности

Диета при панкреатогенном сахарном диабете соответствует таковой при СД II типа, за исключением необходимости коррекции мальабсорбции, дефицита витаминов и микроэлементов; назначение дробного питания обеспечивает профилактику гипогликемии. Большинству пациентов с вторичным СД и неэффективностью соответствующей диеты требуется назначение инсулина. При развитии диабета в исходе выраженного фиброза паренхимы ПЖ пероральные гипогликемические средства не играют существенной роли.

При назначении инсулинотерапии целевой уровень глюкозы должен соответствовать таковому при СД, за исключением небольшого увеличения при эпизодах тяжелой гипогликемии. Следует обучать больных лечебно-профилактическим мероприятиям, позволяющим предупреждать возникновение тяжелой гипогликемии; уделять внимание отказу от употребления алкоголя, табакокурения, повышению физической активности, дробному приему пищи и приверженности к заместительной ферментной терапии.



При лечении СД на фоне ХП следует стремиться улучшить контроль уровня глюкозы для предотвращения осложнений, избегая развития гипогликемии.

#### *Показания для госпитализации:*

- 1) рецидивирующий болевой абдоминальный синдром, неконтролируемый в амбулаторных условиях;
- 2) нарастающая трофологическая недостаточность;
- 3) декомпенсация сахарного диабета;
- 4) выраженные изменения по результатам УЗИ (отек поджелудочной железы, наличие жидкости в полости малого сальника, брюшной полости и др.), формирование псевдокист;
- 5) появление признаков осложненного течения ХП: механической желтухи, портальной гипертензии и др.

## Экспертиза трудоспособности

Обострение ХП является основанием для временного освобождения больных от работы; при тяжелом, продолжительном или осложненном течении — может возникнуть стойкая нетрудоспособность. В таких случаях больные направляются на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности зависят от выраженности клинических симптомов, тяжести течения заболевания, изменений других органов и систем, возрастных особенностей, а также вида и условий трудовой деятельности.

Длительность временной нетрудоспособности составляет:

- при обострении легкой степени тяжести — 10–14 дней;
- средней степени тяжести (с внешнесекреторной недостаточностью) — 20–26 дней;
- при тяжелом течении (с внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточностью) — 28–35 дней;
- при осложнениях вопрос решается индивидуально.

## Диспансерное наблюдение и профилактика

Диспансеризация больных ХП, являясь важным звеном в системе этапного лечения, способствует значительному повышению эффективности проводимого лечения и повышения качества жизни. Наблюдение осуществляют в поликлинике терапевт и гастроэнтеролог (при необходимости и хирург). Методика наблюдения по программе реабилитации состоит в осмотре больных 2–4 раза в год, иногда и более раз (в зависимости от тяжести заболевания, общего состояния), в проведении контрольных обследований и курсов противорецидивного лечения (в том числе дието- и фитотерапии).

В период отсутствия панкреатической гиперферментемии можно рекомендовать различные методы санаторно-курортного и физиотерапевтического лечения.

При *легком течении заболевания* осмотр и обследование назначают два раза в год:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- эластазный тест;
- копрограмма.

Проведение УЗИ желчевыводящей системы, поджелудочной железы один раз в два года.

При *средней тяжести* осмотры проводят три-четыре раза в год, необходима консультация гастроэнтеролога.

*Назначают два раза в год и при обострении:*

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- определение глюкозы, билирубина, трансаминаз в сыворотке крови;
- копрограмма.

УЗИ желчевыводящей системы и поджелудочной железы — *один раз в год*.

Проводится терапия «по требованию»: больной сам при появлении жалоб принимает *ферментные, антисекреторные, спазмолитические препараты на фоне соблюдения диеты*.

В период ремиссии возможно санаторно-курортное лечение.

При *тяжелом течении ХП* больной наблюдается участковым терапевтом и гастроэнтерологом 4–6 раз в год.

*Объем исследований* такой же, как при ХП средней тяжести, дополнительно — анализ суточной мочи на сахар.

По показаниям — консультация эндокринолога, хирурга.

При *стойкой ремиссии* — осмотр терапевтом один раз в год, гастроэнтеролог — по показаниям.

Основой *первичной профилактики* развития ХП являются лечебно-профилактические мероприятия, направленные на соблюдение принципов здорового образа жизни и питания:

- баланс количества принимаемой пищи с физической активностью;
- поддержание нормальной массы тела;
- употребление пищи с низким содержанием жиров и холестерина, умеренным содержанием сахара;
- исключение (ограничение) содержащих алкоголь напитков, отказ от табакокурения.

**Первичная профилактика** также показана пациентам, имеющим заболевания или функциональные расстройства билиарной и гастродуоденальной зоны.

**Вторичную профилактику** следует проводить сразу после установления диагноза ХП с обязательным соблюдением рекомендаций первичной профилактики.

Для профилактики обострений ХП важны своевременная санация желчевыводящих путей с устранением дисфункциональных нарушений, выявление калькулезного холецистита и своевременное оперативное лечение, как правило, в рамках диспансерного наблюдения.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение хроническому панкреатиту. Укажите этиологические и патогенетические факторы его развития.
2. Укажите методы диагностики хронического панкреатита.
3. Перечислите принципы медикаментозной терапии хронического панкреатита в период обострения.

## ВОПРОСЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ПАЦИЕНТОМ ВРАЧУ

1. **Чем можно снять или уменьшить боль в животе при обострении ХП в домашних условиях?**

**Ответ.** В таких случаях необходимо обращаться к врачу, так как имеется много причин для возникновения боли, установить которую может только врач. Боль может быть признаком развития осложнений, требующих хирургического вмешательства.

2. **Когда нужно начинать принимать ферменты при хроническом панкреатите?**

**Ответ.** Учитывая, что в 75% случаев самыми ранними клиническим проявлениям ХП является периодически возникающий или постоянный болевой синдром в животе, принимать ферментные препараты следует уже в начале заболевания даже в отсутствие признаков внешнесекреторной недостаточности ПЖ (обильный, жирный стул, поносы с переваренными остатками пищи).

3. **У меня хронический панкреатит, диагноз поставлен десять лет назад. За последние полгода заметно похудел. Как можно восстановить вес?**

**Ответ.** Показано проведение обследования (если ранее не проводилось) с целью исключения онкологического заболевания и уточнения нарушения функций ПЖ. Только врач должен дать необходимые рекомендации, в том числе и по диете, включая специальные смеси с высоким содержанием белка.

## 4.7. ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ

**Хронический гепатит (ХГ)** — воспалительное хроническое (длительностью более 6 мес) заболевание печени. По морфологическим признакам ХГ представляет собой диффузное воспалительно-дистрофическое поражение печени при сохранении дольковой структуры печени.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АКТУАЛЬНОСТЬ

Достоверных данных распространенности ХГ пока нет. Проблема обусловлена растущей заболеваемостью всех его форм, особенно хронических вирусных гепатитов, среди которых ведущими являются

гепатиты В и С. Эти вирусы способствуют формированию тяжелых хронических патологических процессов в печени, часто поздно диагностируемых, резистентных к этиотропной терапии, приводящих к тяжелым функциональным нарушениям.

В настоящее время на земном шаре насчитывается более 300 млн человек страдающих хроническими гепатитами.

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Наиболее часто хронический гепатит — это исход острых вирусных гепатитов с парентеральным механизмом передачи (В, С, D, G). Чаще всего в хроническую форму трансформируется гепатит С (50 — 85%), D (при суперинфекции у больных хроническим вирусным гепатитом В — в 70—90%). Вирусный гепатит В переходит в хроническую форму в 10—20% случаев, чаще при латентных (безжелтушных) и легких формах заболевания.

Нередко причинами ХГ являются лекарственные и токсические поражения печени, в том числе под воздействием алкоголя (алкогольная болезнь печени возникает при ежедневном употреблении чистого этанола мужчинами более 40 мл, а женщинами — 20 мл на протяжении 6—8 лет). *Лекарственные поражения печени* вызывают препараты прямого гепатотоксического действия (антиметаболиты, антибиотики, фторотан и др.), а также лекарственные средства, оказывающие токсико-аллергическое действие (противотуберкулезные, противовоспалительные, гормональные препараты, психотропные средства). Длительное воздействие промышленных токсических веществ может также вызвать развитие ХГ: хлорированных углеводородов (хлороформ, четыреххлористый углерод, дихлорэтан); бензола и его производных (нитробензол, тринитротолуол, динитрофенол, анилин); металлы и металлоиды (свинец, ртуть, золото, мышьяк, фосфор).

Значительно реже причинами развития ХГ могут быть затяжной инфекционный эндокардит, висцеральный лейшманиоз, малярия.

Развитие необратимых изменений в печени происходит в результате длительного воздействия повреждающего фактора, преобладанием синтеза коллагена над его распадом, запускающим воспаление, ведущее к некрозу гепатоцитов. Некроз гепатоцитов и воспалительная реакция стимулируют избыточный фибробластический процесс — образуются соединительно-тканые септы, соединяющие портальные тракты и центральные вены и фрагментирующие печеночные дольки на ложные дольки.

Имеются *особенности патогенеза* в зависимости от этиологии.