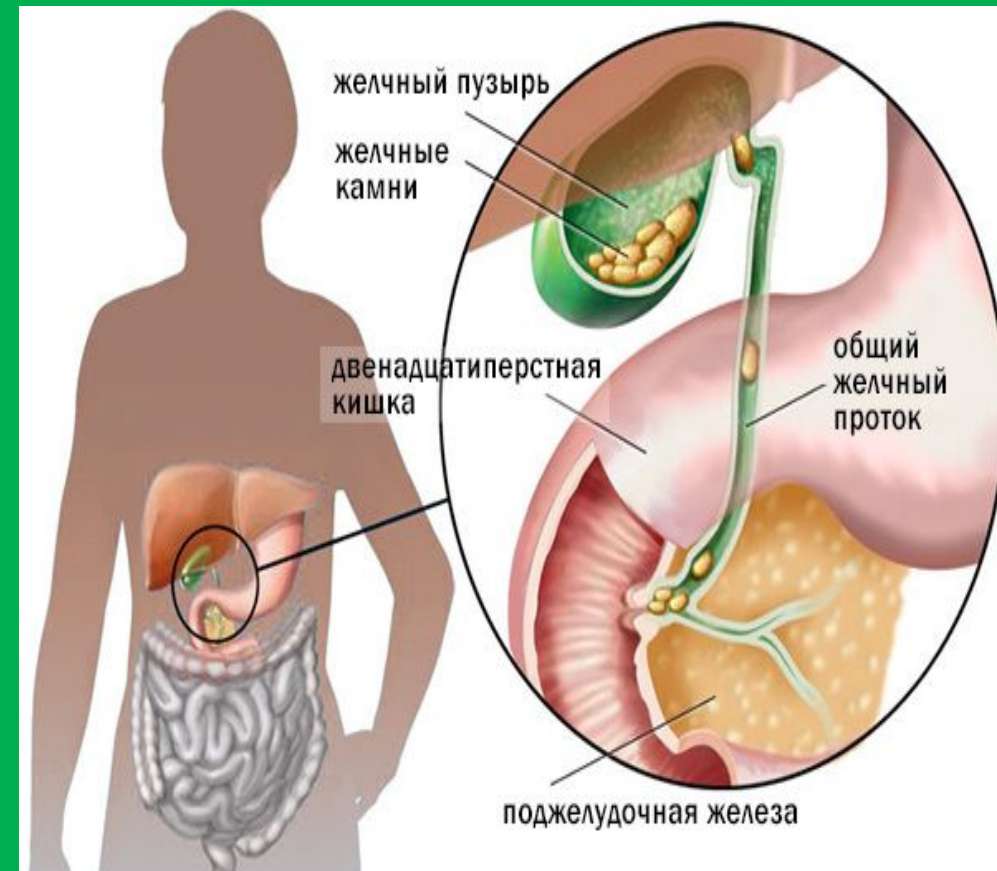


**ЖЁЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ.
СИМПТОМАТОЛОГИЯ
ХОЛЕЦИСТИТОВ.
ПАНКРЕАТИТЫ. ЛАБОРАТОРНАЯ И
ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА.
ЭНТЕРИТЫ, КОЛИТЫ,
ЛАБОРАТОРНАЯ,
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ И
ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА.**



**Максикова Татьяна Михайловна, к.м.н.,
ассистент кафедры пропедевтики
внутренних болезней**

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ – ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — многофакторное и многостадийное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся нарушением обмена холестерина и билирубина с образованием камней в желчном пузыре и желчных протоках.

1. ЖКБ по распространенности занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.
2. По данным VI Всемирного конгресса гастроэнтерологов, 10% населения земного шара страдает ЖКБ.
3. В развитых странах частота заболевания составляет 10–15% и увеличивается в два раза за каждое десятилетие.
4. В России распространенность заболевания достигает 12%.
5. Наибольшая заболеваемость 71,1% приходится на возраст 40–59 лет.
6. Отмечается «омоложение» желчнокаменной болезни.
7. Женщины страдают этим заболеванием в 3–4 раза чаще мужчин.
8. После 70 лет половые различия в заболеваемости исчезают, заболеваемость постепенно увеличивается и достигает 30–40%.



НОРМАЛЬНЫЙ СОСТАВ ПЕЧЕНОЧНОЙ И ПУЗЫРНОЙ ЖЕЛЧИ

(R.F. Schmidt, G. Thews)

Параметры	Печеночная желчь	Пузырная желчь
рН	8,2	6,5
Удельная плотность	1,01	1,048
Сухой остаток, г/л	26	133,5
Вода, %	95-97	80-86
Желчные кислоты, ммоль/л	35	310
Билирубин, ммоль/л	0,8	3,2
Холестерин, ммоль/л _{6,5}	3	25
Фосфолипиды, ммоль/л	1	8
Na ⁺	165	280
K ⁺	5	15
Ca ⁺	2,5	12
Cl ⁻	90	15
HCO ₃ ⁻	45	8

ЖКБ – ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Образование желчных камней связано с действием трех основных факторов:

1. Нарушение состава желчи, в частности образование желчи, перенасыщенной холестерином.
2. Образование в перенасыщенной холестерином желчи микроскопических кристаллов моногидрата холестерина – процесс нуклеации.
3. Нарушение функции желчного пузыря



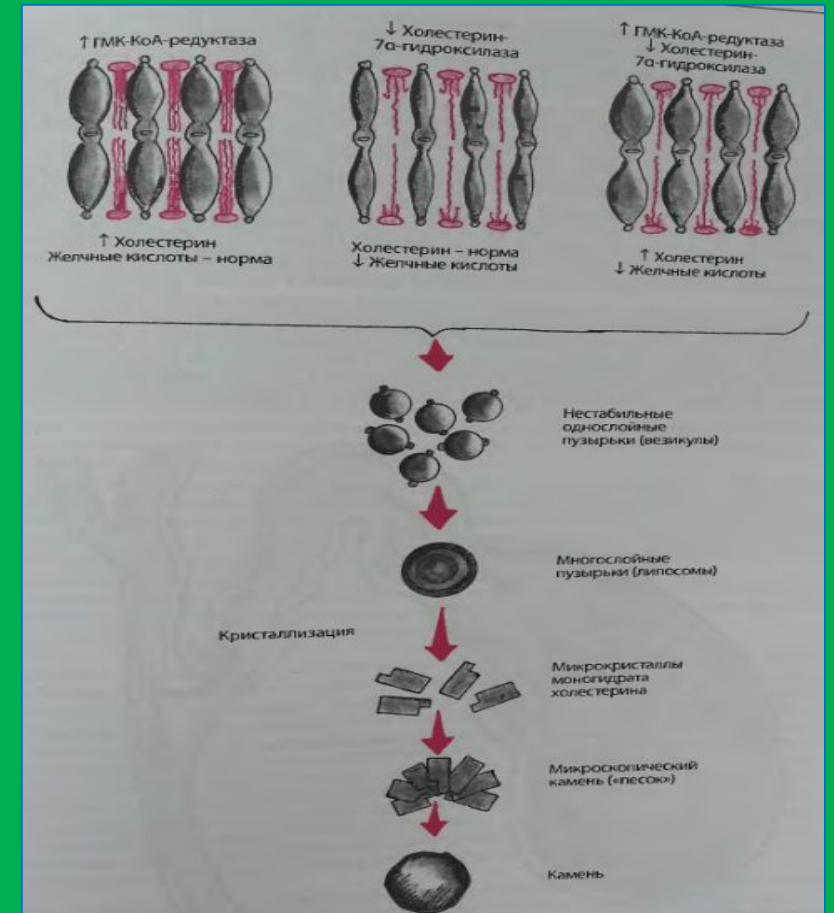
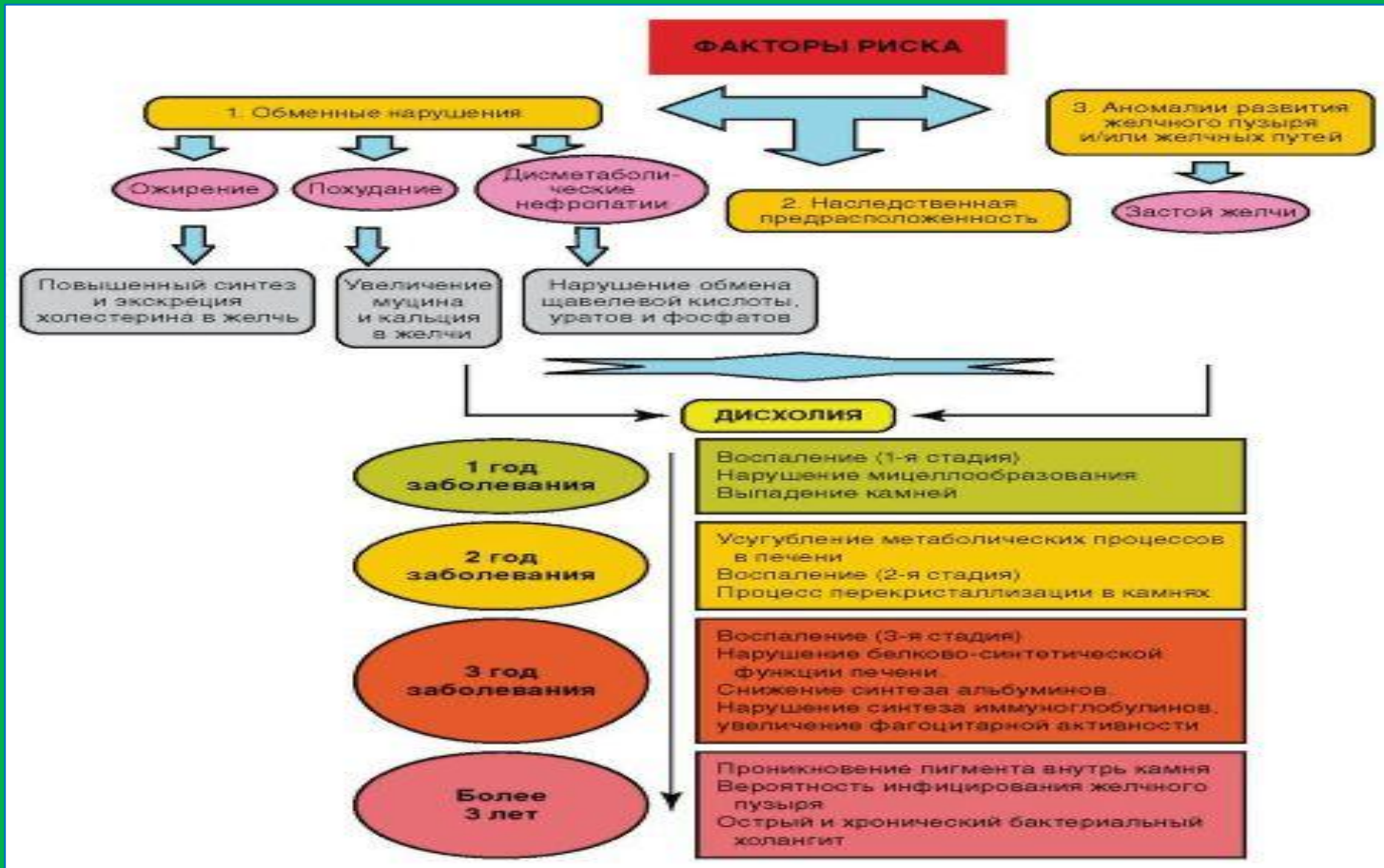
ОБРАЗОВАНИЕ КАМНЕЙ

ТРИ ВИДА

ЧЕРНЫЕ ПИГМЕНТНЫЕ

КОРИЧНЕВЫЕ ПИГМЕНТНЫЕ

ХОЛЕСТЕРИНОВЫЕ



КЛАССИФИКАЦИЯ ЖКБ

I стадия – начальная, или предкаменная.

А. Густая неоднородная желчь.

Б. Формирование билиарного сладжа:

- с наличием микролитов;
- с наличием замазкообразной желчи;
- сочетание замазкообразной желчи с микролитами.

II стадия – формирование желчных камней.

А. По локализации:

- в желчном пузыре;
- в общем желчном протоке;
- в печеночных протоках.

Б. По количеству камней:

- одиночные;
- множественные.

В. По составу:

Одна из последних классификаций ЖКБ разработана в Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии (г. Москва) и рекомендована III съездом Научного общества гастроэнтерологов России (2003).

Г. По клиническому течению:

КЛИНИКА ЖКБ

Бессимптомная

ая

Встречается в 60-80% случаев, чаще при нахождении камней в немой зоне, не обладающей чувствительностью (дно и тело желчного пузыря) Нередко: случайная находка при УЗИ

желчного

Симптомная (сопровождается клиническими проявлениями)

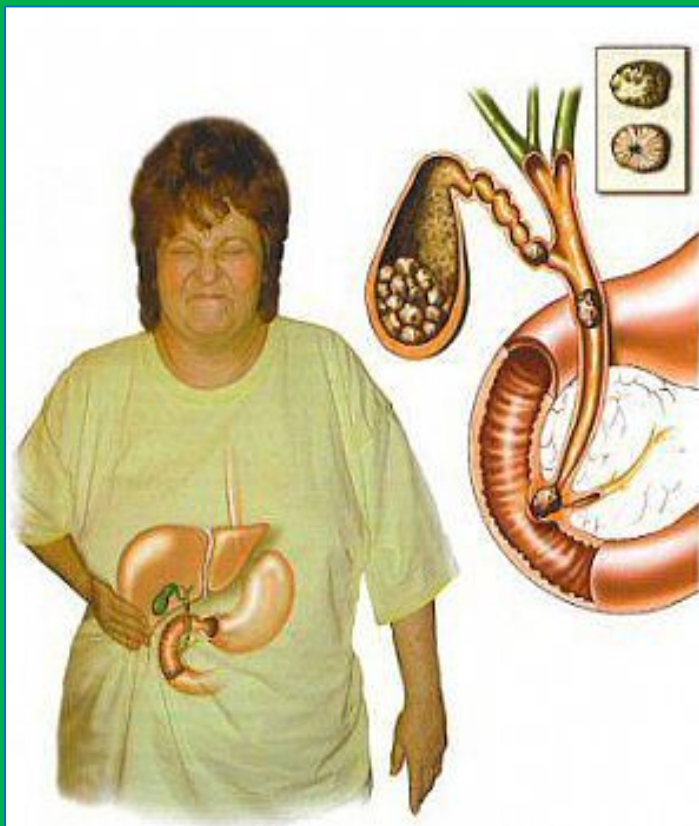
Билиарная диспепсия:

- 1) снижение аппетита; ощущение горечи и сухости во рту;
- 2) тошноту утром или
- 3) после приема определенного вида пищи,
- 4) иногда рвоту желчью, не приносящую
- 5) облегчения;
- 6) вздутие живота, неустойчивый стул со

Умеренно выраженный абдоминальный болевой синдром:

- 1) тупая ноющая боль или эквивалент боли – чувства тяжести в правом верхнем квадранте живота постоянного характера;
- 2) ощущения усиливаются при глубоком вдохе, в положении на левом боку, могут уменьшаться в вынужденном положении – на правом боку с поджатыми к животу ногами;
- 3) боль обусловлена наиболее часто присоединяющимися осложнениями ЖКБ – хроническим холециститом и холангитом, и усилением на этом фоне билиарной дисмоторики.

Приступ желчной колики - патогномоничный симптомом ЖКБ.



КЛИНИКА ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ

1. Нередко приступ возникает внезапно, на фоне полного благополучия.
2. Обычно развивается вечером или ночью.
3. Характеризуется резкой спастической болью, которую пациенты описывают как режущую, раздирающую или колющую.
4. Интенсивность боли в течение нескольких минут нарастает до максимальной.
5. Эту боль считают одной из наиболее нестерпимых.
6. Пациент мечется в постели, не может найти положения, которое облегчило бы страдание, стонет, кричит с гримасой боли на лице.
7. Возможно развитие болевого шока.
8. Иногда в течение приступа болезненные ощущения волнообразно меняются по интенсивности.
9. Часто болевой синдром сопровождается повышенной потливостью, тахикардией, тошнотой, необильной рвотой желчью, не приносящей облегчения, вздутием живота.
10. При желчной колике боль локализуется в правом подреберье, чаще всего в проекции желчного пузыря или подложечной области. Обычно отмечается ее типичная иррадиация по правой половине туловища – назад и вверх – под лопатку, в ключицу и надключичную область, плечо, область шеи и челюсть. Реже боль иррадирует влево – за грудину, в область сердца, имитируя (или провоцируя) приступ стенокардии, так называемую стенокардию С.П. Боткина, или холецистокардиальный синдром, детально описанный выдающимся врачом.
11. Продолжительность приступа желчной колики варьирует от 15 мин до 5 ч.
12. По окончании приступа у пациента в течение некоторого времени остается неприятное ощущение в области печени.
13. Боли рецидивируют с различными интервалами.
14. Спустя некоторое время после стихания боли, связанной с желчной коликой, могут появляться признаки механической желтухи.
15. При неосложненной ЖКБ желтуха кратковременна.
16. Пациенты отмечают легкую желтушность склер и кожных покровов, непродолжительное потемнение мочи и обесцвечивание кала.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

1. При неосложненном течении как правило не изменены
2. После приступа желчной колики:
 - ◆ в 40% случаев повышается активность сывороточных трансаминаз;
 - ◆ в 23-25% - ЩФ, ГГТП;
 - ◆ в 45-50% - билирубин.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1. УЗИ - наиболее информативный (позволяет обнаружить конкременты в желчном пузыре в 90-98% случаев, а холедохолитиаз - в 40-70% случаев) и в то же время наименее инвазивный метод диагностики ЖКБ.
2. Современные аппараты ультразвуковой диагностики позволяют обнаружить камень размером до 2 мм.
3. Ультразвуковым критерием диагностики камней является триада признаков:
 - наличие плотных эхоструктур;
 - ультразвуковая акустическая тень позади камня (непостоянный признак при мягких камнях);
 - подвижность камня



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЖКБ

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ 3 МЕТОДА + КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ –

метод с введением рентгеноконтрастного вещества – йода – контрастирует только желчный пузырь и зависит от многих факторов, влияющих на поступление йода

В/В ХОЛЕГРАФИЯ –

в/в введение контрастного вещества с созданием его высокой концентрации через 10-15 минут – позволяет получить тень не только желчного пузыря, но и желчных протоков

ЭРХПГ – контраст вводится в желчные пути через эндоскоп (важнейший метод диагностики панкреатобилиарной зоны), позволяет:

- 1) изучить состояние слизистой пищевода, желудка, ДПК, большого дуоденального сосочка и панкреатических протоков;
- 2) провести биопсию;
- 3) «золотой» стандарт в диагностике холедохолитиаза



Холедохолитиаз: расширенные желчные протоки, округлые, с четкими, ровными контурами дефекты наполнения - конкременты в просвете холедоха



ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ – ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Хронический холецистит - воспалительное заболевание, вызывающее поражение стенки желчного пузыря, образование в нем камней и моторно-тонические нарушения билиарной системы.

Развивается постепенно, редко после острого холецистита.

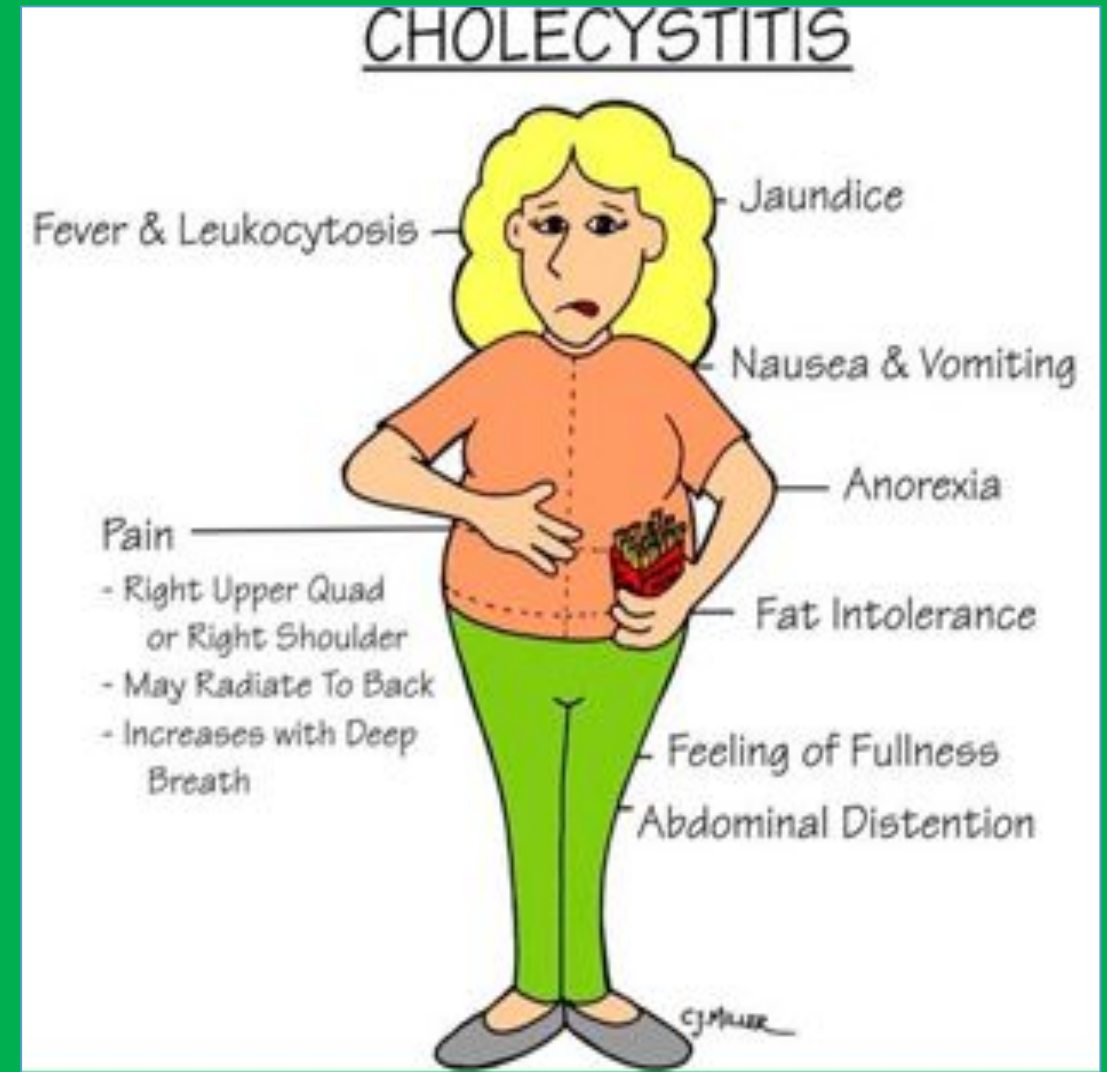
Часто протекает на фоне других хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта: гастрита, панкреатита, гепатита.

Хронический
калькулезный
холецистит

Хронический
бескаменный
холецистит

NB!!!

Каждый десятый мужчина и каждая четвертая женщина страдают хроническим холециститом.



ЭТИОЛОГИЯ

1. Развитие хронического холецистита обусловлено бактериальной флорой (кишечная палочка, стрептококки, стафилококки и др.), в редких случаях анаэробами, глистной инвазией (описторхии, лямблии) и грибковым поражением (актиномикоз), вирусами гепатита.
2. Встречаются токсической и аллергической

Проникновение микробной флоры в желчный пузырь происходит **энтерогенным, гематогенным или лимфогенным** путем

Предрасполагающим фактором возникновения холецистита является застой желчи в желчном пузыре

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Факторы	Возможные патогенетические механизмы
Женский пол Эстрогены	Повышение секреции и выделение холестерина в желчь, снижение синтеза желчных кислот
Беременность	Нарушение опорожнения желчного пузыря
Пожилкой возраст	Повышение секреции холестерина
Ожирение	Ускорение синтеза холестерина в результате повышения активности HMG-CoA-редуктазы печени
Снижение массы тела	Повышение выделения холестерина в желчь; уменьшение сократительной способности желчного пузыря
Парентеральное питание	Стаз желчи
Заболевания тонкой кишки	Снижение пула желчных кислот, уменьшение синтеза солей желчных кислот
Диабет	Повышение уровня триглицеридов, снижение сократительной активности желчного пузыря
Пероральные контрацептивы	Повышение секреции холестерина
Прием препаратов: октреотид, клофибрат	Снижение моторики желчного пузыря, снижение концентрации желчных кислот
Цеф триаксон	Осаждение нерастворимой соли «кальций-цефтриаксон»

ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА



КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА, 1

1. По этиологии:

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

2. По клиническим формам:

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

3. По характеру течения:

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



КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА, 2

1. По типу дискинезий:

- 1) **Нрушение сократительной функции желчного пузыря:** гиперкинез желчного пузыря, гипокинез желчного пузыря: нормо-, гипотония)
- 2) **Нарушение тонуса сфинктерального аппарата желчевыводящих путей:** гипертонус сфинктера Одди, гипертонус сфинктера Люкенса, гипертонус обоих сфинктеров.

2. По фазам заболевания:

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

3. По степени тяжести:

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

4. **Осложнения:** реактивный панкреатит(холепанкреатит), реактивный гепатит, перихолецистит, хронический дуоденит и перидуоденит, хронический дуоденальный стаз и прочие.

КЛИНИКА, ЖАЛОБЫ

1. БОЛЬ:

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

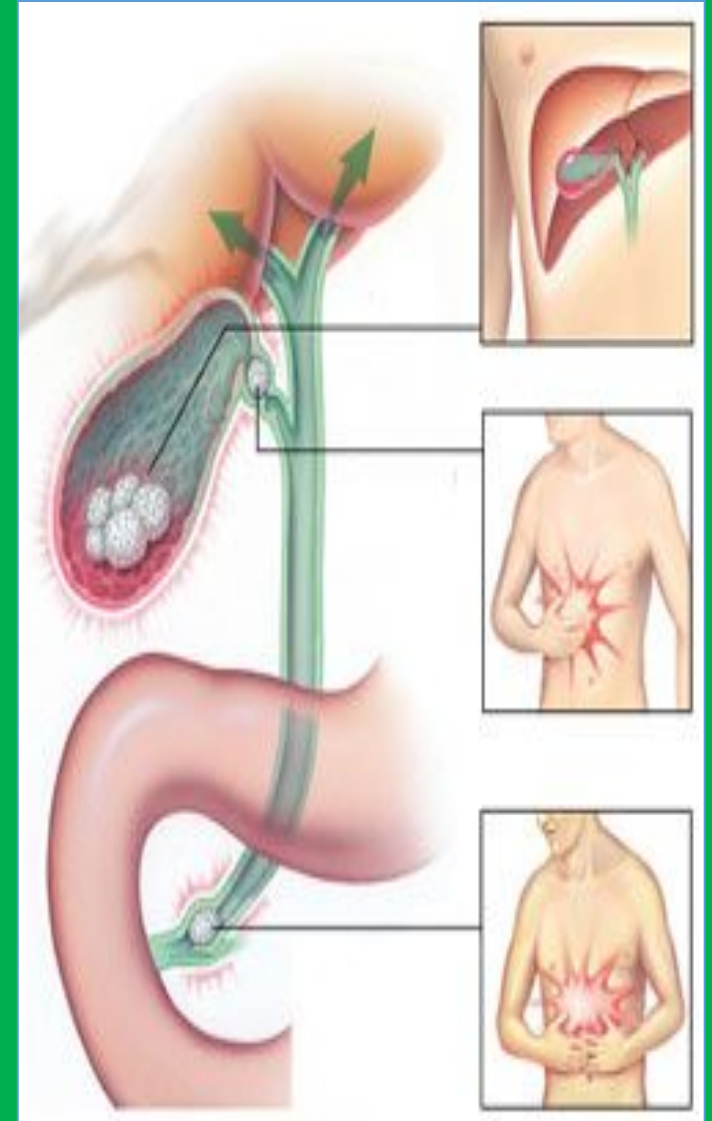
2. ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ: чувство горечи во рту, особенно по утрам; «горькие» отрыжки, изжога; рвота: при гипокинетической дискинезии после рвоты уменьшение болей, при гипертонической дискинезии- усиление болей;

3. КОДЖНЫЙ ЗУД

4. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА (В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ)

5. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТА.

6. КАРДИАЛГИИ



ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Осмотр:

Обращать внимание:

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

Пальпация и перкуссия живота:

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

Однако эти симптомы выявляются не всегда.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ

СИМПТОМ ЗАХАРЬИНА: БОЛЬ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ ИЛИ НАДАВЛИВАНИИ НА ОБЛАСТЬ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



СИМПТОМ ВАСИЛЕНКО — ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ В ТОЧКЕ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ ПО ПРАВОЙ РЕБЕРНОЙ ДУГЕ НА ВДОХЕ. ВЫЯВЛЯЕТСЯ НА РАННИХ СТАДИЯХ.



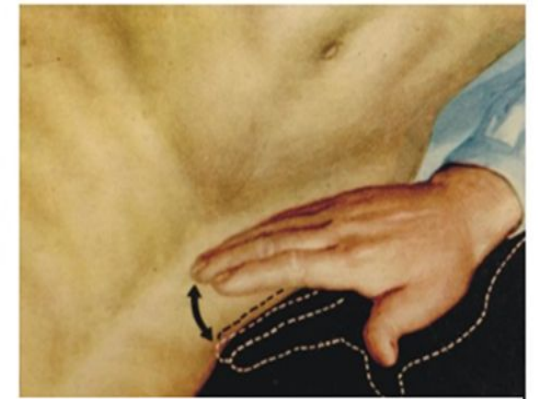
СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА-МЕРФИ — ПРИ РАВНОМЕРНОМ НАДАВЛИВАНИИ В ТОЧКЕ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ (НАДУТЬ ЖИВОТ) ПОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ.



СИМПТОМ КЕРРА — БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ НА ВДОХЕ В ТОЧКЕ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



СИМПТОМ ОРТНЕРА — БОЛЬ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ РЕБРОМ КИСТИ ПО ПРАВОЙ РЕБЕРНОЙ ДУГЕ



СИМПТОМ МЮССИ-ГЕОРГИЕВСКОГО - БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ В ПРАВОЙ НАДКЛЮЧИЧНОЙ ОБЛАСТИ МЕЖДУ НОЖКАМИ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЫ.



ОБЪЕМ ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ

1. При посеве желчи возможно обнаружение бактериального заражения, определение возбудителя инфекции, также можно провести тестирование культуры на чувствительность к антибиотикам для оптимального выбора терапевтического средства.
2. Для хронического бескаменного холецистита характерно снижение количества желчных кислот в полученной из пузыря желчи и повышена концентрация литохолиевой кислоты.
3. Также при обострении в желчи нарастает количество белка, билирубина (более чем в 2 раза), свободных аминокислот.

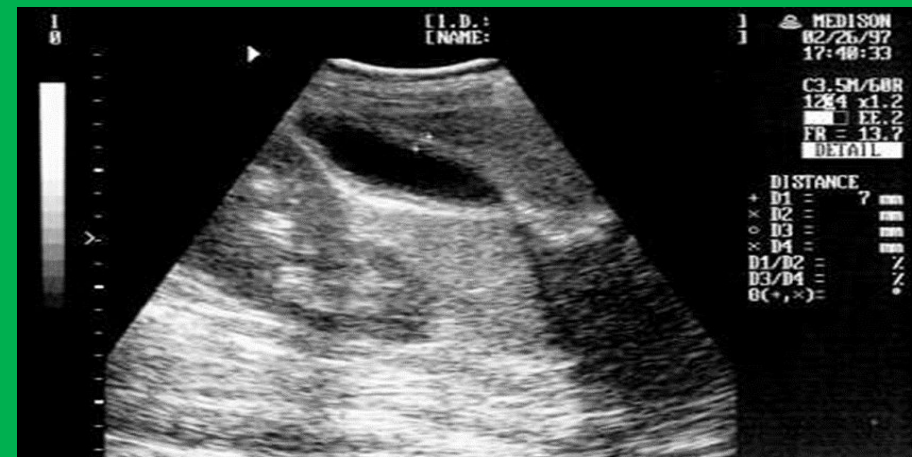
4. Зачастую в желчи обнаруживают

МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИЗНАКИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Форма	Характеристика
Гиперкинетическая форма дискинезии желчного пузыря	<ul style="list-style-type: none">• Скорость истечения желчи в порции А — более 1,5 мл/мин, в порции В — более 3 мл/мин, в порции С — более 2 мл/мин.• Время пузырного рефлекса от введения холецистокинетика до получения желчи порции В уменьшено (менее 5 мин).• Объем пузырной желчи соответствует возрастной норме или меньше ее.• Исследование может сопровождаться болью в животе
Гипокинетическая форма дискинезии желчного пузыря	<ul style="list-style-type: none">• Уменьшена скорость отделения желчи: в порции А — менее 1,5 мл/мин, в порции В — менее 3 мл/мин, в порции С — менее 2 мл/мин.• Увеличиваются объем желчи порции В и время пузырного рефлекса (более 8 мин).• После введения второго раздражителя часто вновь выделяется пузырная желчь вследствие неполного опорожнения желчного пузыря

УЗИ ПРИЗНАКИ ХОЛЕЦИСТИТИТА

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



УТОЛЩЕНИЕ СТЕНКИ ЖП

КАМНИ ЖП



ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТИТА

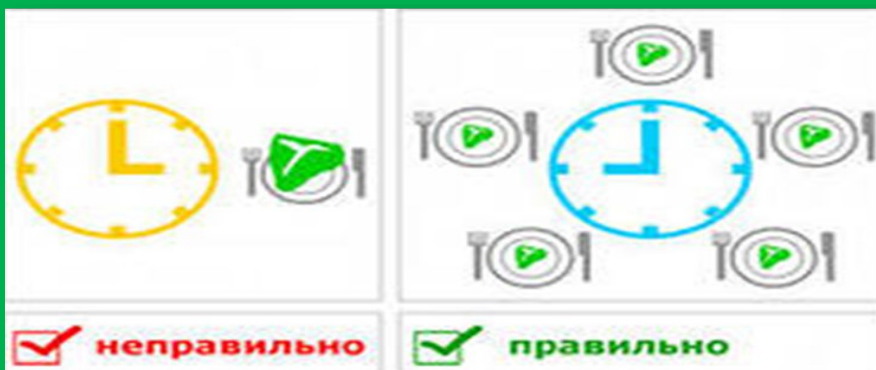


ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

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

ПРИНЦИПЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Диета (частое, дробное питание, химически щадящее, но богатое клетчаткой, свежими овощами и фруктами, растительными маслами).



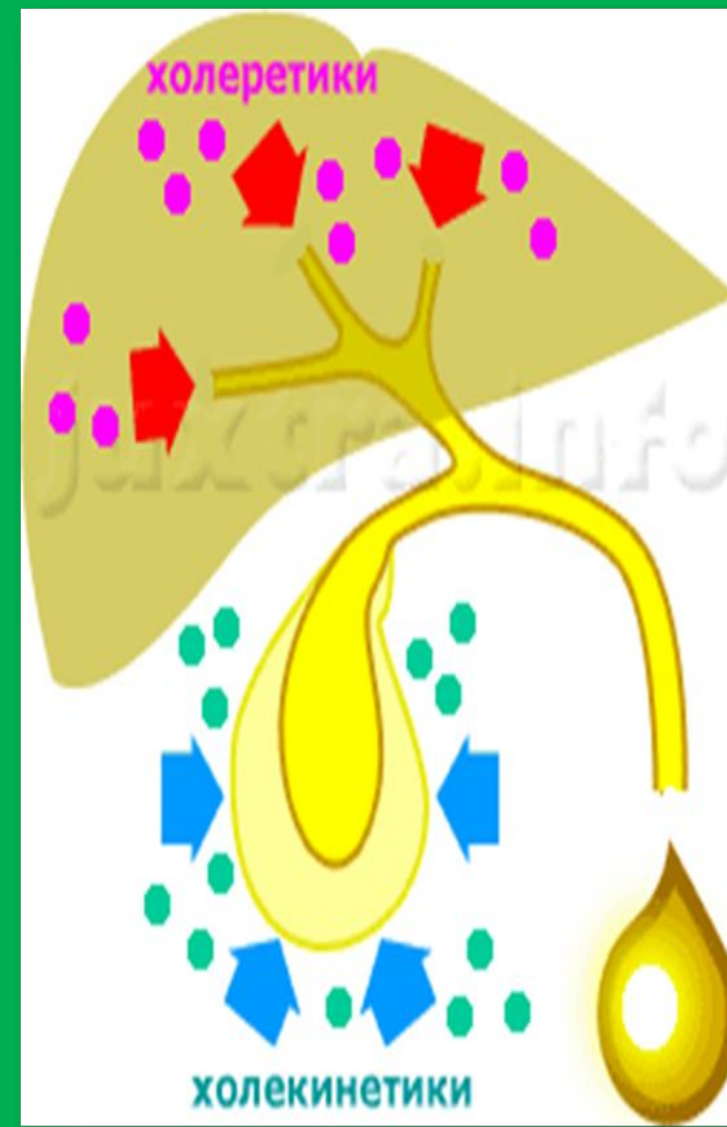
В ФАЗЕ РЕМИССИИ

1. санаторно-курортное лечение.
2. терапия минеральными водами и (при отсутствии холангита), рекомендуется употреблять минеральные воды следующих типов: «Ессентуки» № 17, «Ессентуки» (№ 4, «Джермук», «Ижевская», «Смирновская», «Славяновская». Минеральные воды следует принимать за 20–30 минут до еды по 0,5-1 стакана 3–4 раза в день.
3. **Физиотерапевтическое лечение:** индуктотермия, УВЧ, иглорефлексотерапия, бальнеотерапия.



ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

- 1) Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия (при обострениях хронического холецистита).
- 2) Патогенетическая терапия, направленная на стимулирование образования и выведения желчи (холеретики: аллохол, холэнзим, никодин - стимулируют выделение желчи печеночными клеткам; холекинетики: сульфат магния, растительные масла - стимулируют выброс желчи благодаря усилению моторики жп и желчных путей, желчегонные средства растительного происхождения: хофитол, хологол).
- 3) Патогенетическая терапия, направленная на растворение холестериновых камней и предотвращение образования новых вне обострения холецистита (препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсосан, урсофальк, урсохол).
- 4) Патогенетическая ферментная терапия, направленная на восстановление процессов пищеварения при сопутствующем панкреатите.
- 5) Симптоматическая терапия, направленная на устранение болевого синдрома (Но-Шпа, нитроглицерин и т.д.)
- 6) Симптоматическая терапия, направленная на устранение тошноты и рвоты (церукал, мотилиум).



ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

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

КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ

1) Голод в течение 1–3 суток, затем диетотерапия — стол № 5, 5 А.

2) Спазмолитическая терапия:

- ◆ Атропина сульфат 0,1% — 1 мл внутримышечно или
- ◆ Платифиллин 0,2% — 2 мл внутримышечно или
- ◆ Раствор Но-шпы (дротаверин) 2% — 2–4 мл внутримышечно. (после купирования болей и в межприступный период — в таблетках 40–80 мг 3 раза в день) или
- ◆ Бускопан (гиасцина бутилбромид) 2% — 2 мл внутримышечно, внутривенно капельно, затем в драже по 10 мг × 3 раза в день или
- ◆ Папаверин 2% — 2 мл внутримышечно, внутривенно капельно, затем в таблетках 50 мг × 3 раза в день или
- ◆ Дюспаталин (мебеверин) в капсулах по 200 мг × 2 раза в день или

ВНИМАНИЕ!!! ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПРИСТУПЕ КОМБИНАЦИЯ ДВУХ СПАЗМОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕРУКАЛОМ (МЕТОКЛОПРАМИД) И ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ

3) Купирование болевого синдрома:

- ◆ Анальгин 50% — 2 мл внутримышечно или
- ◆ Баралгин 5 мл внутримышечно, внутривенно или
- ◆ Кеторол 1 мл × 2 раза внутримышечно, Кетонал 100 мг × 2 раза внутримышечно, свечи утром и вечером.

ВНИМАНИЕ!!! ЕСЛИ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЧАСОВ БОЛЕВОЙ ПРИСТУП НЕ КУПИРУЕТСЯ, БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР!

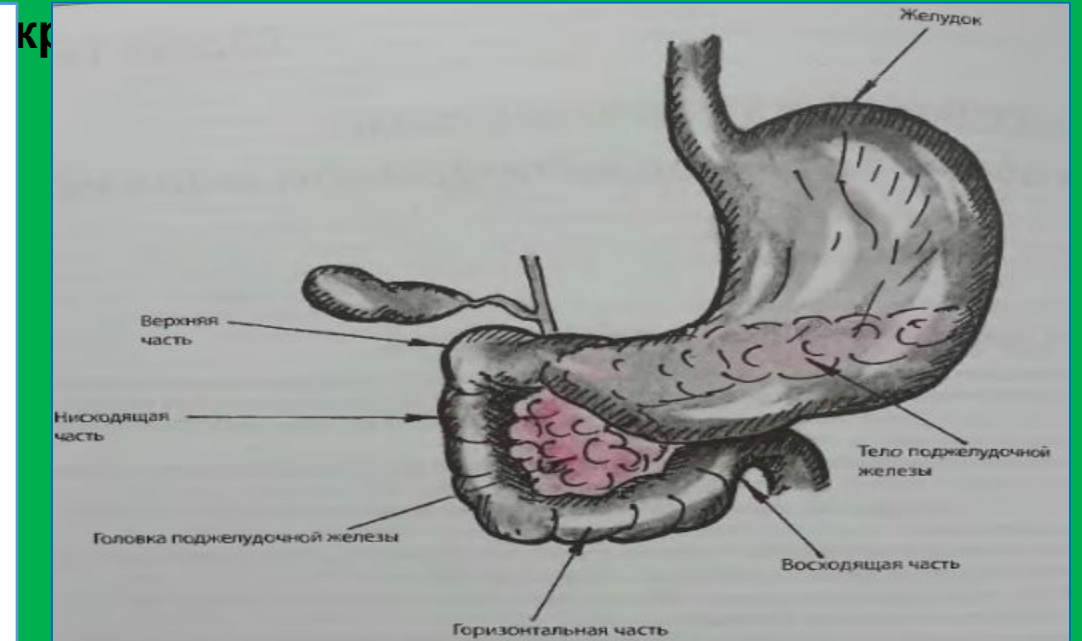
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ – ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ – ДЛИТЕЛЬНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ), ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ:

- 1) фазово-прогрессирующими сегментарными или диффузными дегенеративными, деструктивными изменениями экзокринной части поджелудочной железы;
- 2) атрофией железистых элементов (панкреоцитов) и замещением их соединительной (фиброзной) тканью;
- 3) изменениями в протоковой системе ПЖ с образованием кист и конкрементов;

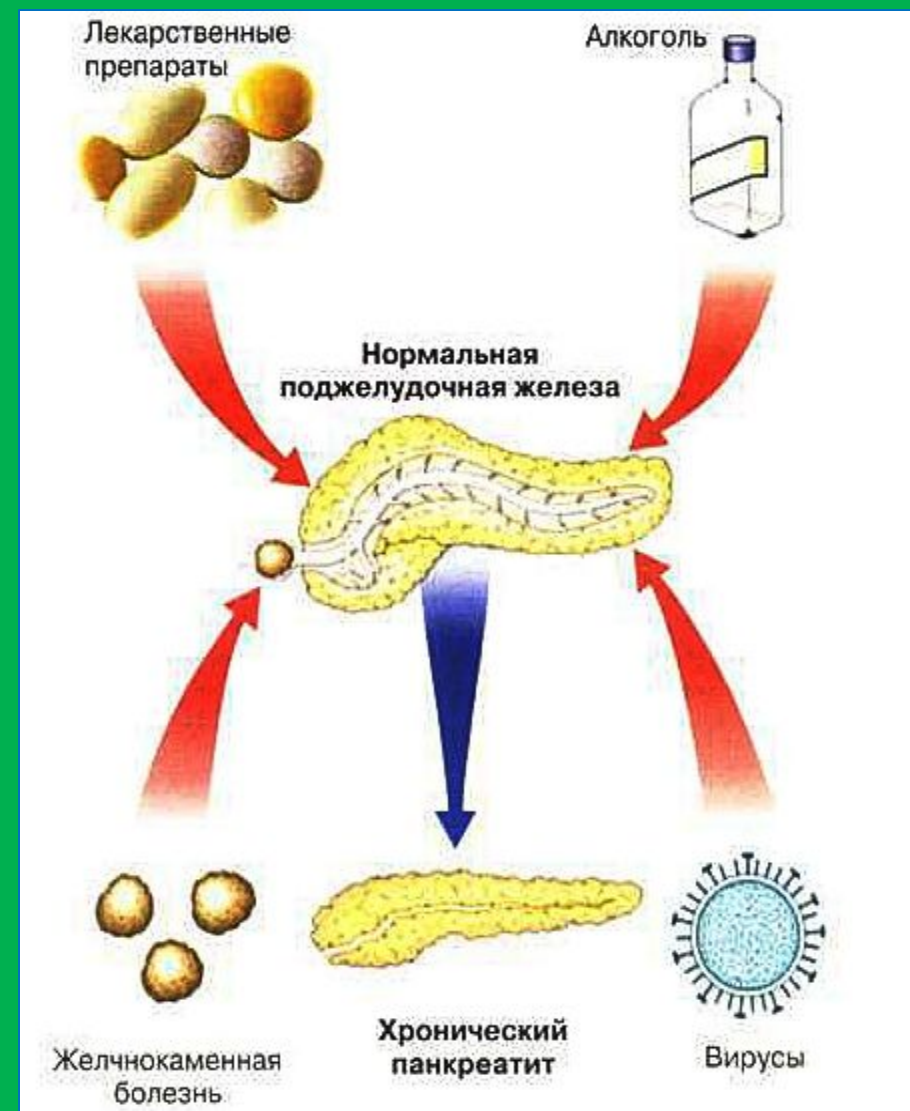
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 1) Распространенность в Европе составляет 25,0–26,4 случая на 100 тыс. населения, в России – 27,4–50,0 случая на 100 тыс. населения.
- 2) В мире возникла тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, за последние 30 лет – более чем в 2 раза.
- 3) Летальность после первичного установления диагноза ХП составляет до 20% в течение первых 10 лет и более 50% – через 20 лет (в среднем 11,9%).



ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, 1

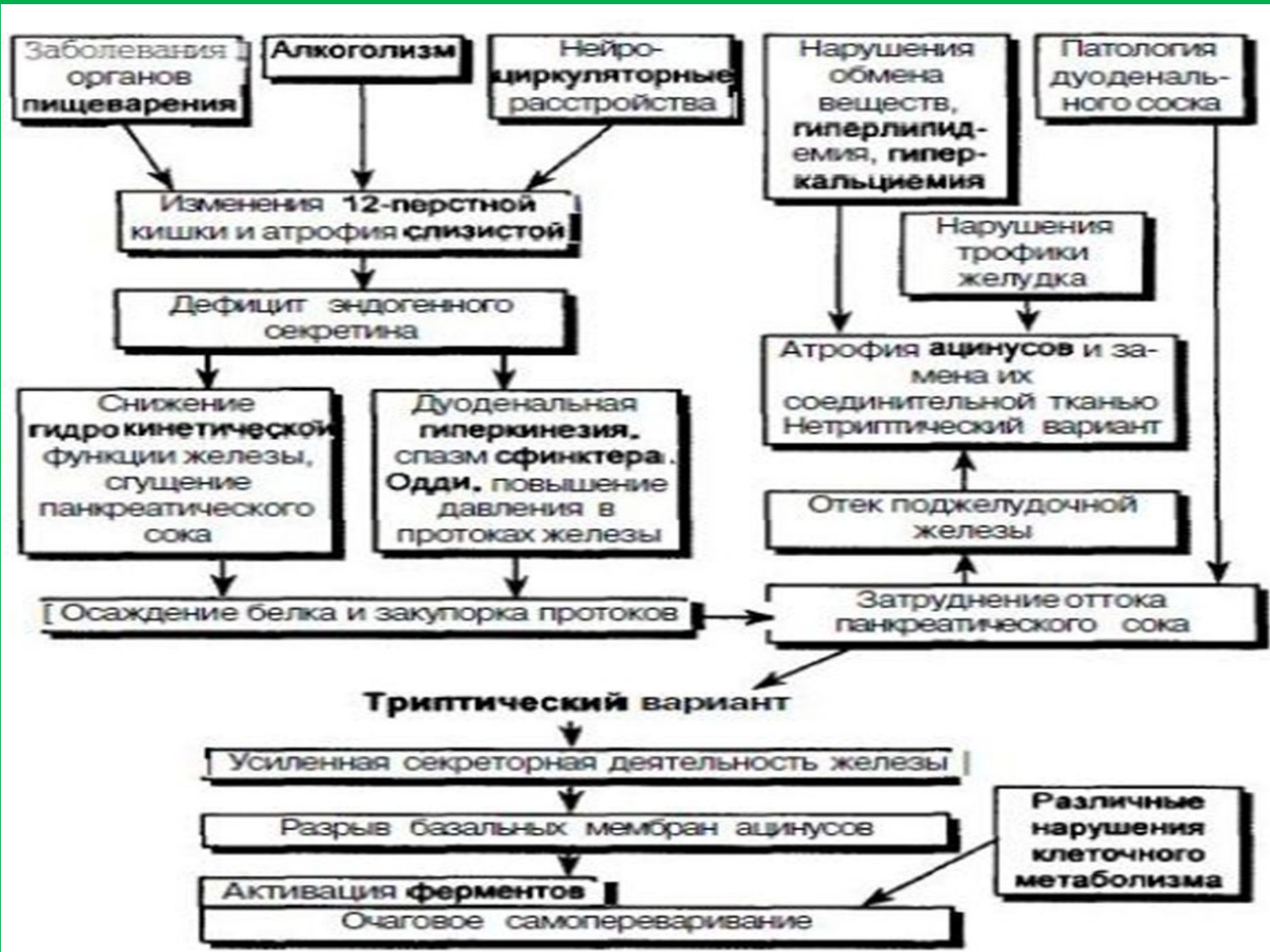
1. **Злоупотребление алкоголем:** употребление 100 г алкоголя или 2 литров пива ежедневно в течении 2-х лет приводит к гистологическим изменениям поджелудочной железы. Клинические проявления у женщин – через 10-12 лет, у мужчин через 17-18 лет от начала регулярного употребления алкоголя.
2. **Заболевание желчных путей и печени:**
 - 1) переход инфекции по лимфатическому пути;
 - 2) затруднение оттока панкреатического секрета и отек поджелудочной железы (ЖКБ, стенозирующий процесс в общем желчном протоке);
 - 3) биллиарный рефлюкс – повреждение протоков и паренхимы поджелудочной железы с развитием воспаления.
3. **Заболевания 12-типерстной кишки и БДС:** хронический дуоденит, недостаточность БДС, дуоденальный стаз, вследствие рефлюкса дуоденального содержимого в протоки поджелудочной железы.



ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, 2

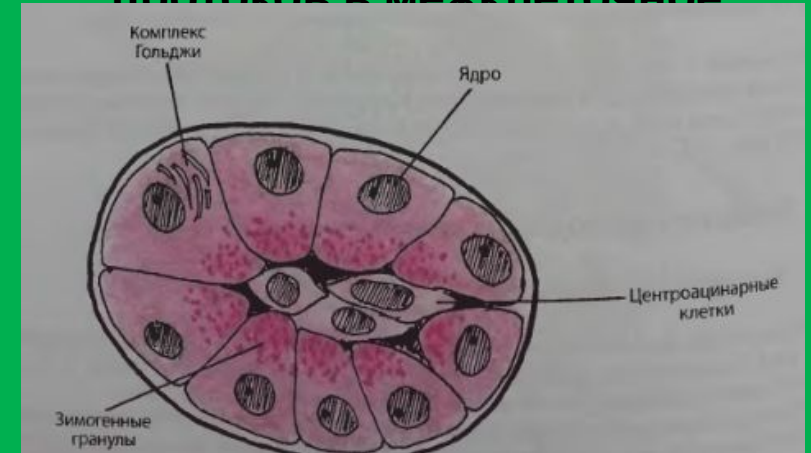
- 4.** Алиментарный фактор: пища бедная белком, обильный прием пищи, особенно жареной, жирной, острой.
- 5.** Генетически обусловленные нарушения белкового обмена, генетическая предрасположенность
- 6.** Влияние лекарственных препаратов: цитостатики, эстрогены, глюкокортикостероиды и др.
- 7.** Вирусная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

ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА



ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ:

1. Большинство ферментов поступает из поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку в неактивной форме.
2. Апикальные части ацинарных клеток плотно соединены друг с другом, что препятствует рефлюксу ферментов из просвета протоков в межклеточное



КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

1. По этиологии:

- билиарнозависимый,
- алкогольный,
- дисметаболический,
- инфекционный,
- лекарственный,
- аутоиммунный,
- идиопатический.

2. По клиническим проявлениям:

- болевой,
- диспептический,
- сочетанный,
- латентный.

3. По морфологическим признакам:

- интерстициально-отечный,
- паренхиматозный,
- фиброзно-склеротический,
- гиперпластический,
- кистозный.

4. По характеру клинического течения:

Согласно классификации МКБ-10 (блок: болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы) выделяют следующие рубрики: K86.0 Хронический панкреатит алкогольной этиологии;

K86.1 Другие хронические панкреатиты; K86.3 Ложная киста поджелудочной железы.

5. Осложнения:

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Основные клинические симптомы	Количество больных, %
1. Боли в левом подреберье слева от пупка	71,3
2. Боли в эпигастрии слева от срединной линии	61,8
3. Боли в эпигастрии справа от срединной линии	56,7
4. Опоясывающие боли в верхней половине живота	24,2
5. Боли в спине	18,5
6. Определение болевых точек:	
6.1. Дежардена	55,4
6.2. Губергрица	68,1
6.3. Меню–Робсона	66,8
6.4. Кача	61,1
6.5. Малле–Ги	53,5
7. Симптом Боткина	17,2
8. Симптом Кончаловского	22,3
9. Отрыжка	92,3
10. Изжога	74,5
11. Тошнота	98,7
12. Полифекалия	20,4
13. Стеаторея	23,5
14. Повышение активности амилазы	54,1

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, 1

- 1.** Болевой синдром - появляется достаточно рано.
- 1)** При локализации воспалительного процесса в области головки поджелудочной железы боли ощущаются в эпигастрии преимущественно справа, в правом подреберье, иррадиируют в область VI-XI грудных позвонков.
- 2)** При вовлечении в воспалительный процесс тела поджелудочной железы боли локализуются в эпигастрии, при поражении хвоста — в левом подреберье, при этом боль иррадиирует влево и вверх от VI грудного до I поясничного позвонка.
- 3)** При тотальном поражении поджелудочной железы боль локализуется во всей верхней половине живота и носит опоясывающий характер.
- 4)** Чаще всего боли появляются после обильной еды, особенно после жирной, жареной пищи, приема алкоголя, шоколада. Достаточно часто боли появляются натощак или через 3-4 ч после еды, что требует дифференциальной диагностики с язвенной болезнью 12-перстной кишки. При голодании боли успокаиваются, поэтому многие больные мало едят и потому худеют.
- 5)** Существует определенный суточный ритм болей: до обеда боли беспокоят мало, после обеда усиливаются (или появляются, если их не было до этого времени) и достигают наибольшей интенсивности к вечеру.
- 6)** Боли могут быть давящими, жгучими, сверлящими, значительно более выражены в положении лежа и уменьшаются в положении сидя с наклоном туловища вперед.
- 7)** При выраженном обострении хронического панкреатита и резком болевом синдроме больной принимает вынужденное положение — сидит с согнутыми в коленях ногами, приведенными к животу.

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, 2

- 2. Диспептический синдром** особенно часто выражен при обострении или тяжелом течении заболевания. Проявляется повышенным слюноотделением, отрыжкой воздухом или съеденной пищей, тошнотой, рвотой, потерей аппетита, отвращением к жирной пище, вздутием живота.
- 3. Похудание** — развивается вследствие ограничений в еде (при голодании боли уменьшаются), а также в связи с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы и всасывания в кишечнике. Похуданию способствует также снижение аппетита.
- 4. Панкреатогенные поносы и синдромы недостаточного пищеварения и всасывания** — характерны для тяжелых и длительно существующих форм ХП с выраженным нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Поносы обусловлены нарушениями выделения ферментов поджелудочной железы и кишечного пищеварения. Ненормальный состав химуса раздражает кишечник и вызывает появление поноса. При этом характерно выделение больших количеств зловонного кашицеобразного кала с жирным блеском (стеаторея) и кусочками непереваренной пищи. При тяжелых формах ХП развиваются синдромы мальдигестии и мальабсорбции, что приводит к снижению массы тела, сухости и нарушению кожи, гиповитаминозам (в частности, недостатку витаминов А, Д, Е, К и других), обезвоживанию, электролитным нарушениям (снижению содержания в крови натрия, калия, хлоридов, кальция), анемии; в кале обнаруживаются жир, крахмал, непереваренные мышечные волокна.

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, 3

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

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

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ОБЩИЙ ОСМОТР

СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА.

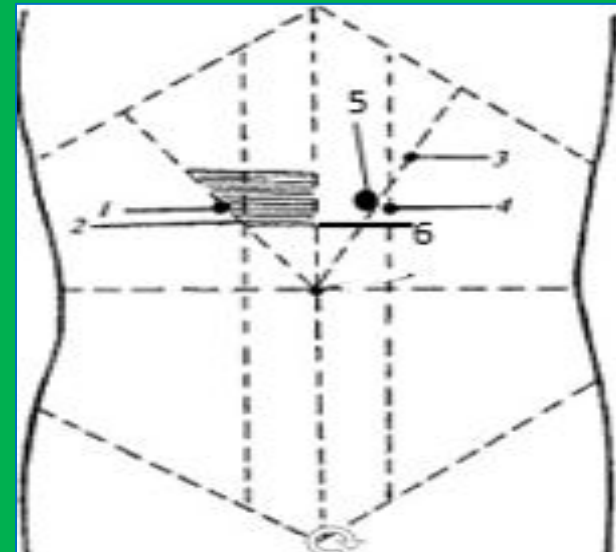
КОЖНЫЕ СИМПТОМЫ (крайне редко) – возникают при обострении хронического панкреатита и связаны с повышением панкреатических ферментов в крови, активацией каликреин-кининовой системы, провоспалительных цитокинов, артериальной гипотензией, нарушением микроциркуляции и свертывания крови:

- 1) Бледность кожных покровов.
- 2) Симптом Лагерлефа (цианоз лица).
- 3) Симптом Холстеда (цианотичные пятна на передней брюшной стенке).
- 4) Симптом Грея-Турнера (цианоз на боковых поверхностях кожи живота).
- 5) Симптом Турнера – участок цианоза в углу между XII ребром и позвоночником слева
- 6) Симптом Куллена (желто-цианотичные пятна вокруг пупка).
- 7) Грюнвальда (экхимозы и петехии на ягодицах),
- 8) Гротта (атрофия подкожно-жировой клетчатки соответственно проекции поджелудочной железы на брюшную стенку).
- 9) Симптом Тужилина «красных капелек» – сосудистые аневризмы.
- 10) Умеренная эктеричность склер.



ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: БОЛЕЗНЕННЫЕ ТОЧКИ И ЗОНЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

1. Точка **ДЕЖАРДЕНА** расположена на линии, соединяющей пупок с правой подмышечной линией на 6 см от пупка.
2. Холедохопанкреатическая **ЗОНА ШОФФАРА** высотой 5 см располагается в области, ограниченной передней срединной линией и биссектрисой угла, образованной ею и горизонтальной линией на уровне пупка.
3. Болезненная точка **МЕЙО-РОБСОНА**, которая расположена на линии, соединяющей пупок с левой подмышечной линией на $\frac{1}{3}$ от реберной дуги и $\frac{2}{3}$ от пупка.
4. Зона кожной гиперестезии в зоне иннервации 8-10-го грудного сегмента слева (точка **КАЧА**) - ирритативный симптом (встречается при воспалительных процессах в теле и хвосте).
5. Болевая точка **ГУБЕРГРИЦА**, симметрична точке Дежердена.
6. Болевая зона **ГУБЕРГРИЦА-СКУЛЬСКОГО** симметрична зоне Шоффара (отражает вовлечение в патологический процесс тела ПЖ).
7. При поражении хвоста ПЖ определяется болезненность в левом реберно-позвоночном углу - симптом **МЕЙО-РОБСОНА**



ДААННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ

- 1. Язык может быть сухим, обложен белым или буроватым налетом**
- 2. Живот может быть вздут.**
- 3. При поверхностной пальпации определяется болезненность в эпигастрии левом подреберье.**
- 4. При глубокой пальпации может определяться болезненность в зонах Шоффара, Губергрица-Скульского, точках Дежаржена и Губергрица, зоне Мейо-Робсона.**
- 5. Также может определяться положительный френикус-симптом слева.**
- 6. Иногда встречается симптом Воскресенского – в проекции поджелудочной железы не определяется пульсация брюшной аорты.**
- 7. Изредко при абсцессе или кисте можно пропальпировать умеренно болезненную плотноватую поджелудочную железу.**

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ЛАТЕНТНАЯ (БЕЗБОЛЕВАЯ) ФОРМА

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

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



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ХРОНИЧЕСКАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ (БОЛЕВАЯ) ФОРМА

Встречается у 55-60% больных и характеризуется:

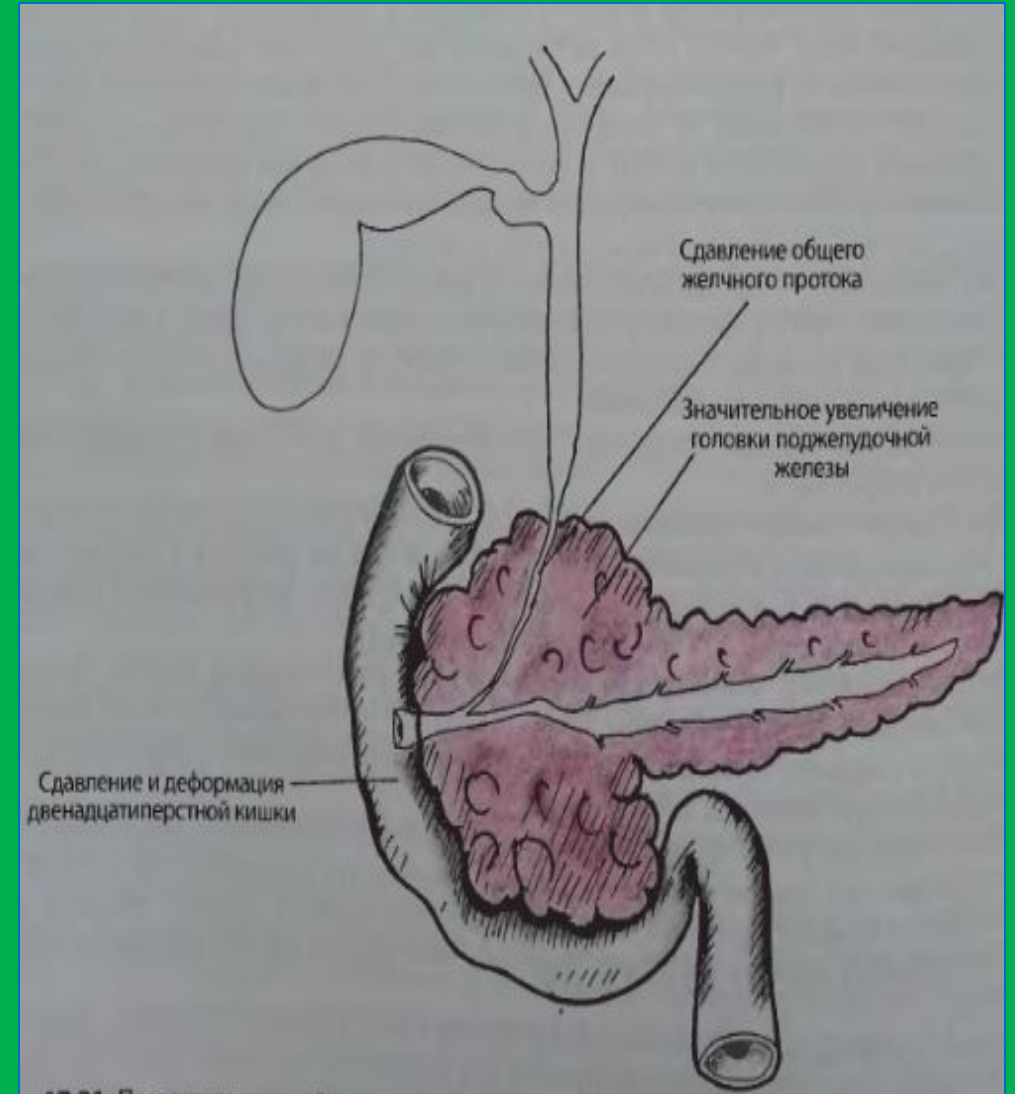
- 1. Периодическими приступами интенсивных болей опоясывающего характера или локализующихся в эпигастрии, левом подреберье.**
- 2. Во время обострения бывает рвота, наблюдаются увеличение и отек поджелудочной железы (по данным УЗИ и рентгенологического исследования), повышается содержание α -амилазы в крови и моче.**



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ПСЕВДООПУХОЛЕВАЯ (ЖЕЛТУШНАЯ) ФОРМА

Встречается у 10% больных, чаще у мужчин. При этой форме воспалительный процесс локализуется в головке поджелудочной железы, вызывая ее увеличение и сдавление общего желчного протока. Основными клиническими признаками являются:

- 1) желтуха;**
- 2) кожный зуд;**
- 3) боли в эпигастрии, больше справа;**
- 4) диспептические расстройства (обусловлены внешнесекреторной недостаточностью);**
- 5) потемнение мочи;**
- 6) обесцвеченный кал;**
- 7) значительное снижение массы тела;**
- 8) увеличение головки поджелудочной железы (обычно это определяется с помощью УЗИ).**



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С ПОСТОЯННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

- 1. Эта форма характеризуется постоянными болями в верхней половине живота, иррадирующими в спину, снижением аппетита, похуданием, неустойчивым стулом, метеоризмом.**
- 2. Может прощупываться увеличенная уплотненная поджелудочная железа.**

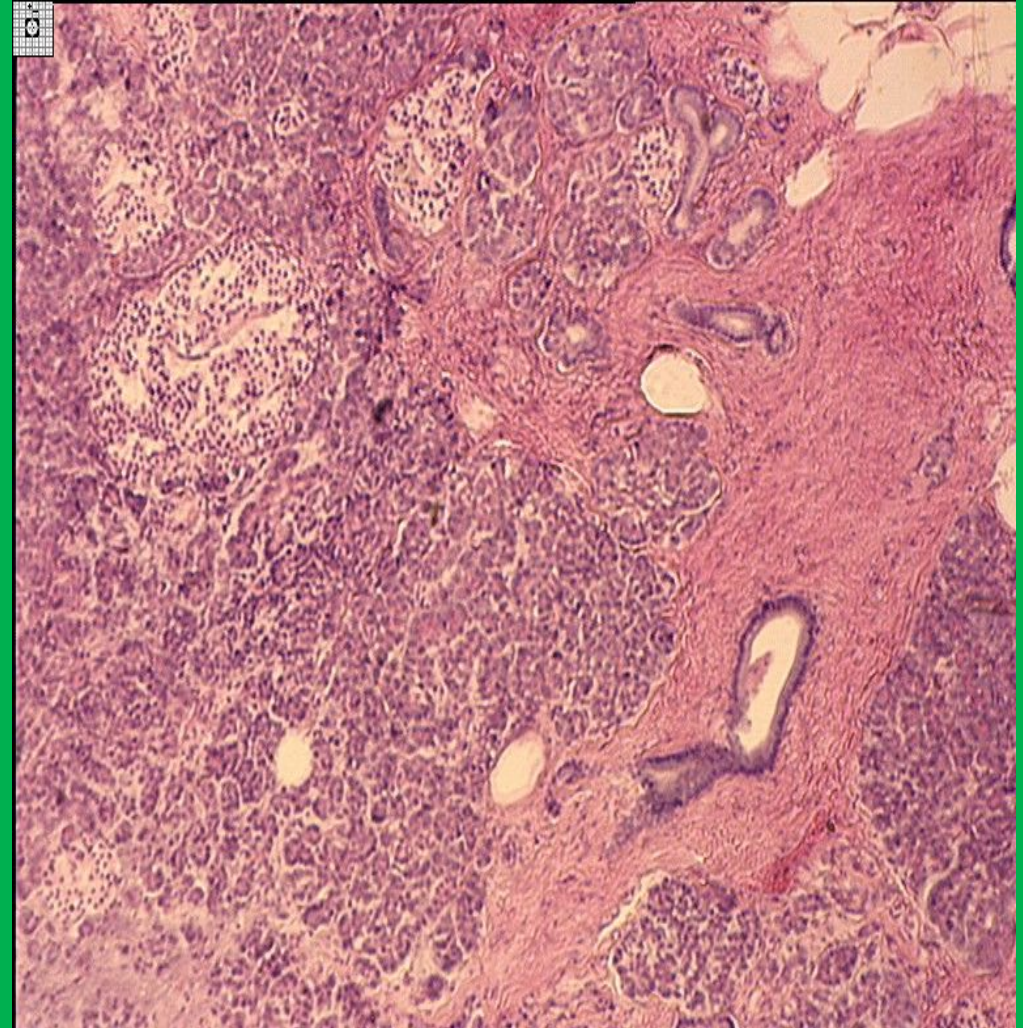


КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Эта форма характеризуется:

- 1) болями в верхней половине живота, усиливающимися после еды;
- 2) плохим аппетитом;
- 3) тошнотой;
- 4) поносами;
- 5) похуданием;
- 6) выраженным нарушением внешнесекреторной и инкреторной функций поджелудочной железы.

При УЗИ определяются выраженное уплотнение и уменьшение размеров поджелудочной железы.



СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- **Легкое течение характеризуется следующими признаками:**
 - обострения редкие (1-2 раза в год) и непродолжительные, быстро купируются;
 - болевой синдром умеренный;
 - вне обострения самочувствие больного удовлетворительное;
 - уменьшения массы тела нет;
 - функция поджелудочной железы не нарушена;
 - копрологический анализ нормальный.
- **Течение средней степени тяжести имеет следующие критерии:**
 - обострения наблюдаются 3-4 раза в год, протекают с типичным длительным болевым синдромом;
 - выявляется панкреатическая гиперферментемия;
 - определяются умеренное снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы и похудание;
 - отмечаются стеаторея, креаторея, аминорея.
- **Тяжелое течение хронического панкреатита характеризуется:**
 - частыми и длительными обострениями с упорным болевым и выраженным диспептическим синдромами;
 - «панкреатогенными» поносами;
 - падением массы тела вплоть до прогрессирующего истощения;
 - резкими нарушениями внешнесекреторной функции поджелудочной железы;
 - осложнениями (сахарный диабет, псевдокисты и кисты поджелудочной железы, обтурация холедоха, частичный стеноз 12-перстной кишки увеличенной головкой поджелудочной железы, перипанкреатит и др.).

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

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

МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Выбор метода визуализации должен быть основан на доступности метода, наличии соответствующих навыков у персонала и степени инвазивности метода исследования.

- 1) Рентгенография области ПЖ**
- 2) Трансабдоминальное УЗИ (расширение протоков, псевдокисты, кальцификация, расширение общего желчного протока, воротной, селезеночной вен, асцит)**
- 3) Компьютерная томография с внутривенным контрастированием**
- 4) Эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ)**
- 5) ЭРХПГ (изменение структуры протоков, псевдокисты)**

Изменения ПЖ при ХП по данным лучевых методов диагностики

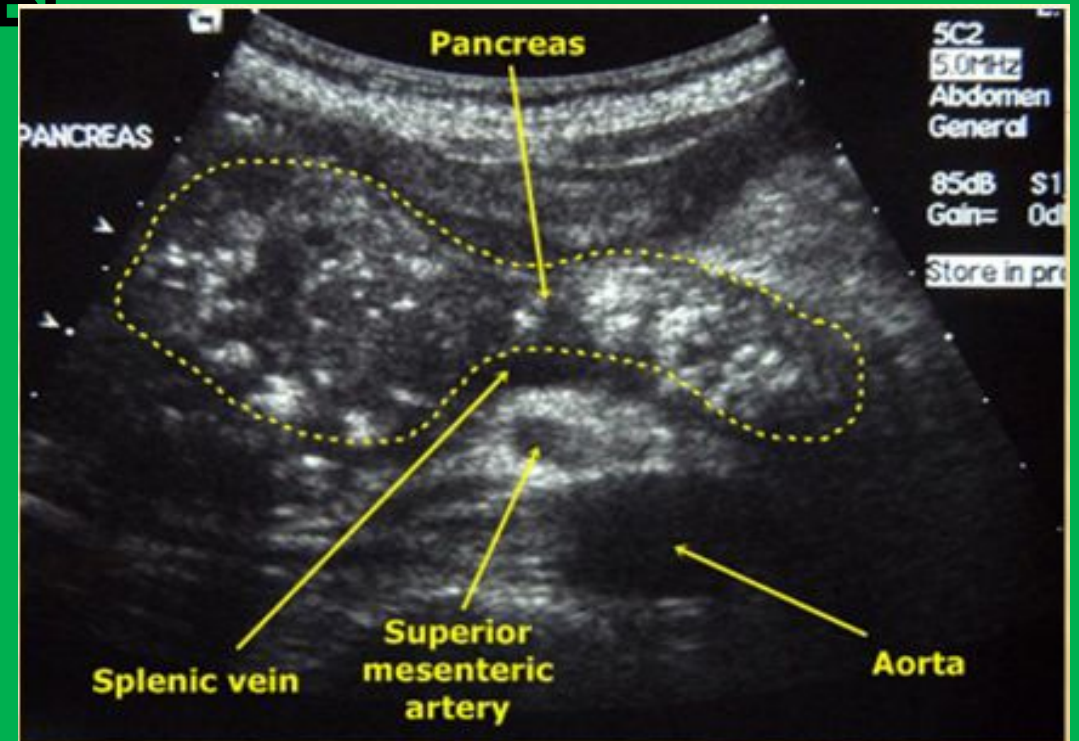
Показатель	Изменения
Размер органа	Обычно увеличение части или всего органа, редко сморщивание ПЖ
Плотность ткани	Как правило, слегка повышена, носит неомогенный характер, обычно с кистами или кальцификацией
Контур	Неровный
Проток железы	Расширенный (диагностика с помощью КТ возможна, если диаметр протока >5 мм)
Желчные протоки	Расширены при увеличении головки ПЖ
Двенадцатиперстная кишка	Сдавлена при увеличении головки ПЖ
Селезеночная вена	Иногда тромбирована, иногда с увеличением селезенки
Другие признаки	Утолщение брюшины и почечной фасции вблизи ПЖ. Атрофия ретроперитонеальной жировой клетчатки

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ

ЖЕЛЕЗЫ

Характерными признаками хронического панкреатита являются:

- 1) неоднородность структуры ПЖ с участками повышенной эхогенности;
- 2) кальциноз железы и камни панкреатического протока;
- 3) неравномерно расширенный вирсунгов проток;
- 4) увеличение и уплотнение головки поджелудочной железы при псевдотуморозной форме заболевания;
- 5) неровный контур ПЖ;
- 6) увеличение/уменьшение размеров ПЖ;
- 7) диффузное повышение эхогенности ПЖ;
- 8) ограничение смещения железы при дыхании, ригидность ее при пальпации;
- 9) болезненность при эхоскопически контролируемой пальпации в области проекции железы;



Эндоскопическое ультразвуковое исследование – современный способ диагностики на основании определения количественных критериев поражения ПЖ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ

Косвенные признаки:

1. Перегиб желудка и оттеснение его кпереди и кверху увеличенной ПЖ.
2. Разворот ДПК и сглаживание ее внутреннего контура, что обусловлено отеком ПЖ.
3. Расширение ДПК, выпрямление медиального контура ее вертикальной части.
4. Вздутие отдельных петель тонкой кишки (симптом «дежурной петли»).
5. Вздутие участков толстой кишки с нечеткими уровнями жидкости в них, преимущественно на уровне II-IV поясничных позвонков.
6. Высокое стояние и ограничение подвижности левого купола диафрагмы и уменьшение его экскурсии.
7. Затемнение верхнего этажа брюшной полости и нечеткость контуров печени, почек и большой поясничной мышцы (чаще при острой форме).
8. Региональный спазм поперечно-ободочной кишки в сочетании с выраженным вздутием печеночного и селезеночного углов (чаще при острой форме).



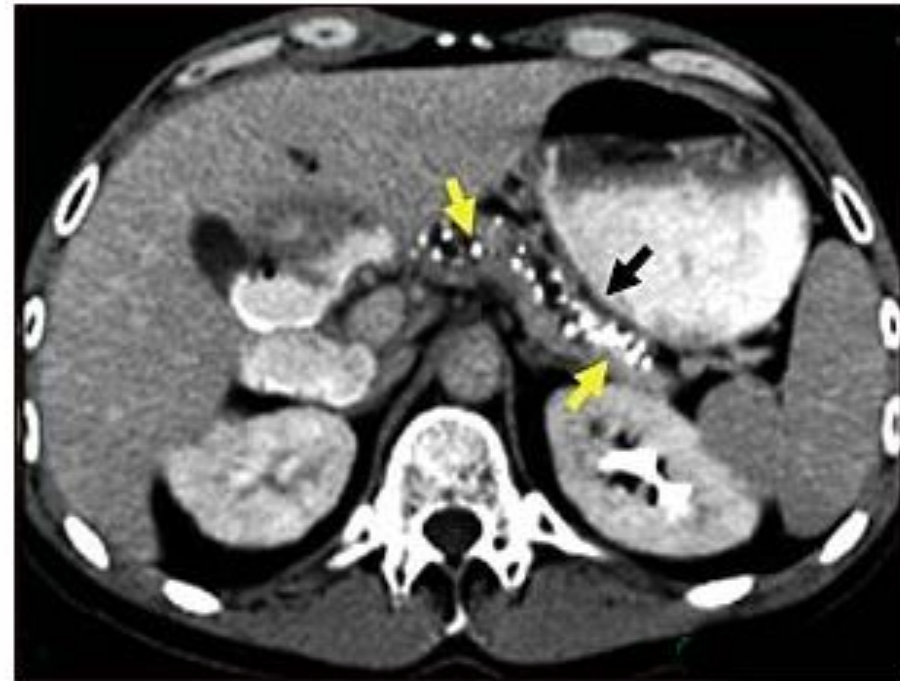
В 30–40% случаев обзорная рентгенография выявляет кальцификацию ПЖ или внутрипротоковые конкременты, особенно при исследовании в кривопроекции. Это исключает необходимость дальнейшего обследования для подтверждения диагноза ХП

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

Чувствительность КТ при диагностике ХП составляет 75–90%, специфичность – 85%

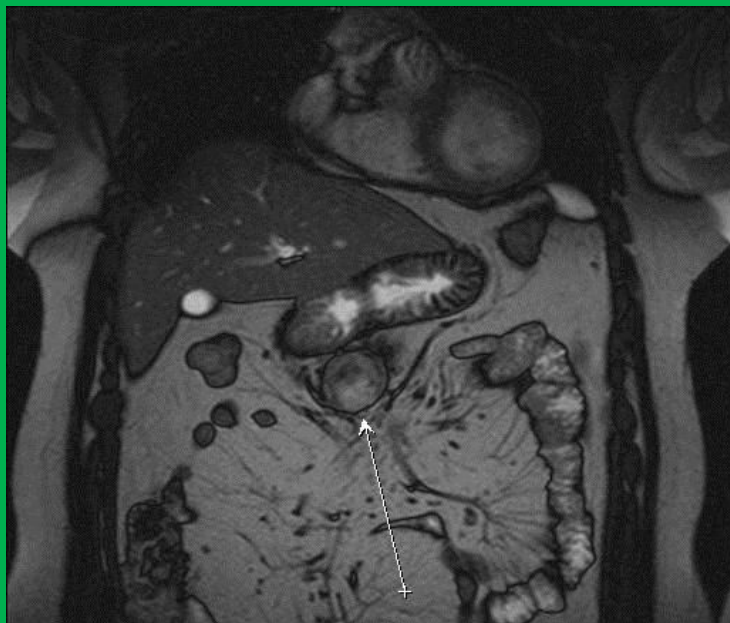
Признаки:
атрофия железы;
наличие конкрементов в протоках;
дилатация ГПП;
интра или перипанкреатические кисты;
утолщение перипанкреатической фасции и
тромбоз селезеночной вены.
К другим признакам относятся:
неоднородность структуры и увеличение
размеров ПЖ;
снижение интенсивности изображения
характерно для фиброза;
КТ с внутривенным контрастированием
позволяет обнаружить зоны некроза
железы (отсутствие накопления
контрастного вещества).

КТ верхней части живота показывает белого цвета кальцификацию поджелудочной железы. Это происходит при хроническом панкреатите.



МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ

При выполнении **МРПХГ** можно с высокой точностью определить заполненные жидкостью структуры – ГПП и псевдокисты.



Киста ПЖ

ЭРХПГ позволяет выявить большую часть пациентов с хроническим панкреатитом. Этот метод дает возможность обнаружить изменения протока ПЖ и его ветвей (нерегулярное расширение протоков – «цепь озер»). Наибольшую ценность представляет при отсутствии данных ЭУЗИ или сомнительных результатах МРПХГ.



Рак головки ПЖ с инвазией в холедох

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. СОБЛЮДЕНИЕ ДИЕТЫ
2. УСТРАНЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
3. УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

ПРИ ОБОСТРЕНИИ

1. Препараты со спазмолитической активностью, ликвидирующие спазм сфинктера Одди, восстанавливающие отток панкреатического сока: (М-холинолитики, миотропные спазмолитики, эуфиллин, ненаркотические и наркотические анальгетики, антигистаминными препаратами.
2. Подавление секреции ПЖ:
 - 1) голод и питье щелочных растворов,
 - 2) снижение кислотности желудочного содержимого,
 - 3) подавление активности ферментов

ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССА ПИЩЕВАРЕНИЯ - ПАНКРЕАТИЧЕСКИЕ ФЕРМЕНТЫ:

- 1) Панкреатин – содержит ферменты поджелудочной железы, которые расщепляют углеводы, белки и жиры.
- 2) Мезим форте 10 000 – принимают по 2 таблетки во время со стаканом щелочной минеральной воды.
- 3) Фестал – принимают по 1-2 драже 3 раза в день во время еды, запивая большим количеством воды.
- 4) Креон - современный ферментный препарат

Минеральные воды.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ – ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ –

это хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание тонкой и толстой кишок, приводящее к морфологическим изменениям слизистой оболочки и нарушениям основных функций кишечника.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (ВЗК) -

общий термин, которым обозначают группу хронических болезней, характеризующихся деструктивным неспецифическим иммунным воспалением стенки кишки

- 1) ВЗК считаются болезнями промышленно развитых стран.
- 2) Начиная с 50-х годов 20 века, заболеваемость ВЗК, которая раньше была редкостью, постоянно росла в таких странах как Германия, Великобритания, Швеция, США.
- 3) Распространенность ЯК колеблется от 28 до 117, БК от 34 до 146 больных на 100 000 населения в зависимости от этнической принадлежности и



ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ, ЭТИОЛОГИЯ

1. **Инфекционный (постинфекционный):**
 - а) специфический;
 - б) неспецифический;
2. **Паразитарный.**
3. **Токсический.**
4. **Медикаментозный.**
5. **Аллергический.**
6. **Лучевой.**
7. **Механический (при мегасигме, спаечных процессах).**
8. **Вследствие врожденной энзимопатии.**
9. **Вторичный при заболеваниях желудка.**
10. **Гепатобилиарной системы и т. д.).**
11. **Невыясненной этиологии (болезнь Уиппла и др.).**



ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ, ПАТОГЕНЕЗ



Дисбактериоз – увеличение количества гемолитических эшерихий, патогенного стафилококка, гемолитического стрептококка, протей на фоне резкого уменьшения бифидо- и лактобактерий.

Сенсибилизация к микроорганизмам и собственным клеткам

Развитие аутоиммунных процессов

ФУНКЦИИ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА

<p>Метаболическая</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Расщепление сложных органических веществ, в том числе целлюлозы • Индукция ферментов ЖКТ • Регуляция уровня липидов (холестерина) • Участие в конъюгации и рециркуляции желчных кислот • Синтез аминокислот (аргинина, триптофана, тирозина, цистеина и др.), витаминов (группы В, К, аскорбиновой кислоты), КЖК*, биогенных аминов (гистамина, серотонина, пиперидина, ГАМК), гормонально–активных веществ (норадреналина, стероидов), антиоксидантов (витамина Е, глутатиона) • Улучшение всасывания кальция, витамина D и железа (кислая среда) • Регуляция гомеостаза (метаболические функции сахаролитической микрофлоры), вместе с КЖК всасываются ионы натрия, калия, хлора и вода
<p>Защитная</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Инактивация энтерокиназы и щелочной фосфатазы • Антитоксическое и сорбционное действие • Колонизационная резистентность: синтез КЖК, других органических кислот (молочной, уксусной, муравьиной, янтарной), регулирующих рН (подавление гнилостной и патогенной флоры), лизоцима (мурамидазы), перекиси водорода и антибиотикоподобных пептидов–микроцинов, индукция синтеза иммуноглобулинов, лизоцима, интерферона, цитокинов. Пропионовая кислота блокирует адгезию • Иммуномодулирующие свойства • Антимутагенная и антиканцерогенная активность (гидролиз продуктов метаболизма белков, липидов, углеводов, деконъюгации желчных и гидроксिलирования жирных кислот, инактивации гистамина, ксенобиотиков и канцерогенов). Масляная кислота препятствует появлению и росту раковой опухоли прямой кишки • Противовирусное действие (в частности, подавление репликации вирусов герпеса и цитомегаловируса)
<p>Трофическая</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При распаде КЖК образуется много энергии (автономный источник энергии для кишечного эпителия) • Пропионовая кислота регулирует микроциркуляцию в слизистой оболочке, участвует в глюконеогенезе и синтезе биогенных аминов • КЖК (масляная кислота) – регулятор пролиферации и дифференцировки эпителия толстой кишки
<p>*КЖК – короткоцепочечные жирные кислоты: уксусная, пропионовая, масляная, изомасляная, валериановая, изовалериановая, капроновая, изокапроновая</p>	

ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ

1. По этиологии:

- ❖ Инфекционный (постинфекционный).
- ❖ Паразитарный.
- ❖ Алиментарный.
- ❖ Аллергический.
- ❖ Медикаментозный.
- ❖ Неясной этиологии.
- ❖ Радиационный.

2. По преимущественной локализации:

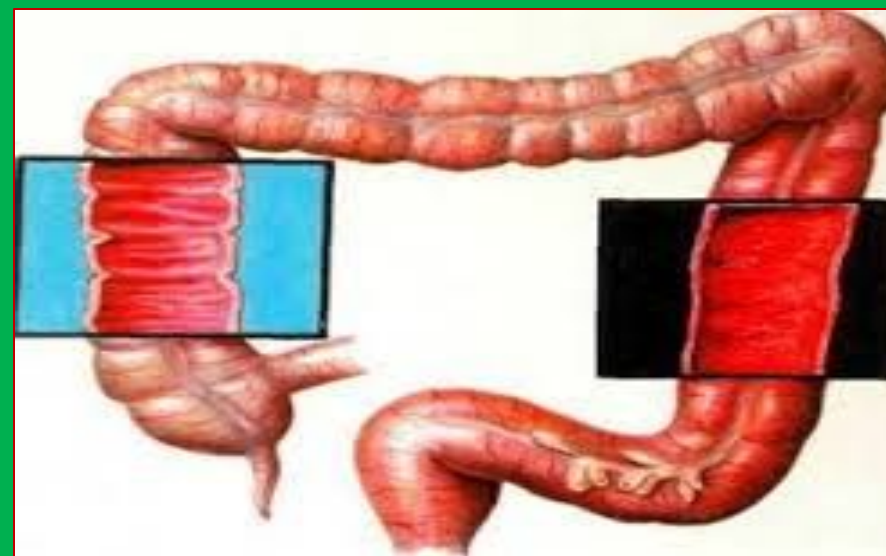
- 1) С преимущественным поражением толстой кишки (диффузный или сегментарный колит, тифлит, трансверзит, сигмоидит, проктит).
- 2) С преимущественным поражением тонкой кишки (энтерит).

3. По характеру морфологических изменений:

- 1) Поверхностный.
- 2) Атрофический.
- 3) Язвенный.
- 4) Полипозный.

4. По фазам болезни:

- 1) Обострение;
- 2) Ремиссия (полная, неполная)



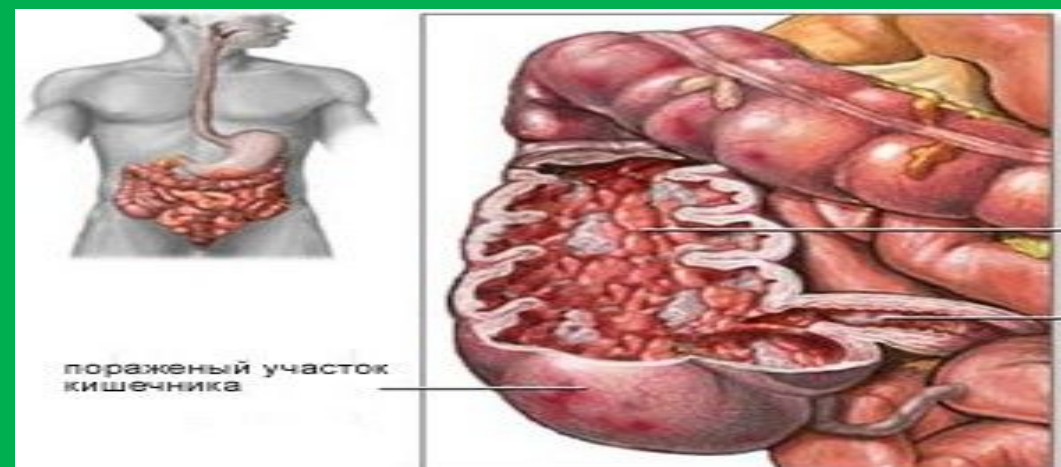
ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНТЕРИТ И КОЛИТ

Хронический энтерит - хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание тонкой кишки, приводящее к морфологическим изменениям слизистой оболочки и нарушению моторной, секреторной, всасывательной и других функций кишечника.

Так как процесс захватывает тонкую кишку, то преобладают нарушения переваривания и всасывания

Хронический колит - хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание толстой кишки, протекающее с морфологическими изменениями слизистой оболочки и нарушениями моторной, всасывательной и др. функций толстой кишки.

Так как процесс захватывает толстую кишку, то преобладают нарушения ее моторной функции



ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ, ЖАЛОБЫ

ЖАЛОБЫ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ

1. Боли в животе:

По характеру:

- 1) Схваткообразные (по типу кишечной колики).
- 2) Иногда постоянные, тупые.

По времени возникновения:

- 1) Через 3-4 или 6-8 часов после приема пищи.
- 2) Перед актом дефекации.
- 3) Приступ боли может сопровождаться отхождением газов или дефекацией.
- 4) После отхождения газов или дефекации боли как правило прекращаются или уменьшаются.

По локализации:

- 1) При патологическом процессе в тонкой кишке – в околопупочной области.
- 2) При поражении толстой кишки – в боковых и нижних отделах живота (боли при заболеваниях сигмовидной и прямой кишок могут иррадиировать в поясницу; при обострении проктита могут возникать тенезмы).

2. Поносы:

- 1) При поражении тонкой кишки преимущественно: обильный, жидкий, зловонный стул (3-5 раз в день).
- 2) При поражении толстой кишки: частый стул до 10-15 раз в сутки с выделением отдельных комочков каловых масс и слизи.

3. **Запоры** – чаще возникают при спастических процессах: стул отсутствует до 48 часов, каловые массы, плотные, фрагментированные и имеют форму «овечьего» кала.

4. **Метеоризм** – результат бродильной и гнилостной диспепсии.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ:

- 1) повышенная слабость;
- 2) утомляемость;
- 3) расстройство сна;
- 4) мнительность и канцерофобия.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИАРЕЙ, Парфенов А.И., 2007

Патофизиологические механизмы	Этиологические факторы
<p>1. Эксудативная (воспалительная, инвазивная) — острый или хронический воспалительный процесс в кишечнике. <i>Стул: небольшой объем, жидкий, примесь слизи и крови (гноя), патологический</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острые кишечные инфекции: шигеллез, сальмонеллез, эшерихиоз (ЭИЭК), кампилобактериоз; амебиаз и др. 2. Воспалительные болезни кишечника (болезнь Крона, язвенный колит и др.). 3. Энтеропатии с потерей белка (болезнь Уиппла). 4. Ишемическая болезнь тонкой и толстой кишки
<p>2. Секреторная (гиперсекреторная) — повышенная секреция электролитов, воды в просвет тонкого кишечника. <i>Стул: обильный, водянистый</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острые кишечные бактериальные инфекции (холера, эшерихиозы (ЭТЭК, ЭАЭК). 2. Желчные кислоты. 3. Некоторые слабительные (бисакодил и др.). 4. Вазоактивный интестинальный пептид, глюкагон, простагландины и др.
<p>3. Осмолярная (гиперосмолярная) — сниженная абсорбция воды и электролитов в просвете тонкой кишки. <i>Стул: обильный каловый, часто стеаторея</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вирусные гастроэнтериты: ротавирусы; калицивирусы (SRSV-малые округлые вирусы; Norwalk-подобные вирусы); аденовирусы (серогруппы 30, 40, 41); энтеровирусы; коронавирусы; астровирусы. 2. Лямблиоз. 3. Нарушения всасывания (глютеновая энтеропатия, ишемия тонкой кишки, врожденные дефекты абсорбции). 4. Нарушения мембранного пищеварения (дисахаридазная недостаточность и др.). 5. Дефицит панкреатических ферментов (хронический панкреатит, рак поджелудочной железы). 6. Дефицит желчных солей (механическая желтуха, болезни и резекция подвздошной кишки). 7. Недостаточное время контакта химуса с кишечной стенкой (резекция тонкой кишки, энтероанастомоз и межкишечный свищ). 8. Использование слабительных (лактолоза, натрий сульфат, натрий фосфат)
<p>4. Гиперкинетическая — повышенная скорость транзита кишечного содержимого. <i>Стул: кашицеобразный или жидкий</i></p>	<p>Неврогенная стимуляция: синдром раздраженного кишечника, диабетическая энтеропатия; гормональная стимуляция: серотонин, простагландины и др.; желчные кислоты</p>

ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ, ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ - 1

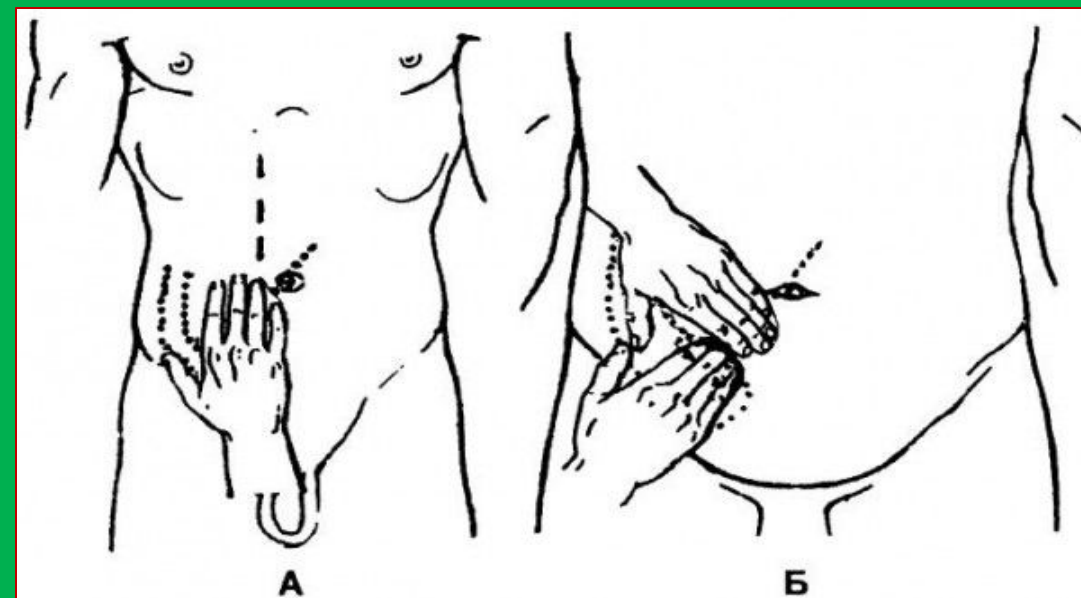
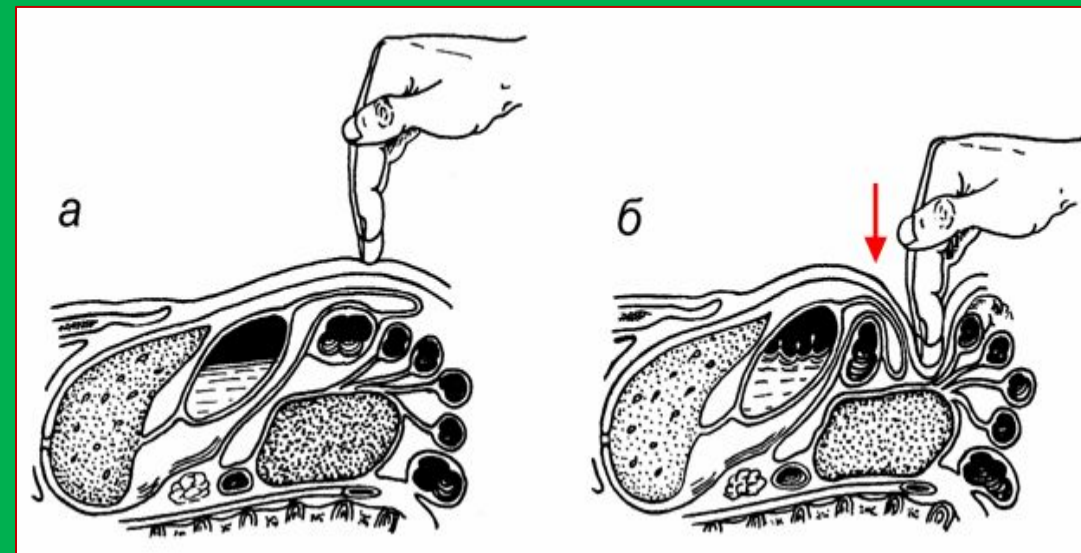
При осмотре:

Увеличение живота за счет вздутия.

При поверхностной пальпации живота:

- 1) Болезненность в области пупка.
- 2) Болезненность по ходу толстой кишки.
- 3) Симптом Образцова (шум плеска при пальпации слепой и сигмовидной кишок).
- 4) Симптом Штернберга (болезненность при пальпации мезентериальных лимфатических узлов в области корня брыжейки на уровне второго поясничного позвонка).

При аускультации:



ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ, ГЛУБОКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ПО ОБРАЗЦОВУ-СТРАЖЕСКО

Признаки, выявляемые при глубокой пальпации	Клиническая трактовка
Значительная болезненность кишечника в сочетании с уплотнением стенок и повышением резистентности кишки	Воспалительный процесс в кишке, особенно в серозной оболочке (перивисцериты)
Ограничение подвижности кишки при пальпации	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спайки между кишкой и задней брюшной стенкой в результате перенесенного воспаления кишки с поражением ее серозной оболочки (перивисцерита) 2. Опухоль кишки с развитием спаек
Уменьшение диаметра кишки обычно в сочетании с плотной консистенцией и болезненностью	Спазм гладкой мускулатуры кишки, обычно на фоне ее воспаления
Увеличение диаметра кишки в сочетании с мягкой консистенцией и снижением напряжения стенок	Атония кишки
Увеличение диаметра кишки в сочетании с мягкой консистенцией и напряженностью стенок	Большое количество газов в кишке, нередко на фоне ее атонии
Значительная неоднородная плотность, бугристость	<ol style="list-style-type: none"> 1. Застой каловых масс (запоры) и образование каловых камней 2. Опухоль кишки
Очень громкое урчание и плеск при пальпации	Переполнение кишки жидким содержимым (жидкими каловыми массами, кровью) и газами; в большинстве случаев является важным объективным признаком энтерита, сопровождающегося поносом

ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ, ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ОАК: при обострении воспалительного процесса – лейкоцитоз, повышение СОЭ.

БАК: увеличение уровня протромбина, α_2 -глобулина, СРБ,

АНАЛИЗЫ КАЛА

- Лентовидная форма кала встречается при опухолях прямой кишки,
- «Овечий кал» - при запорах (спастический колит, язва ДПК),
- Бесформенный и кашицеобразный- при ускоренной перистальтике ЖКТ.
- При хроническом панкреатите- кал мазевидной консистенции, блестящий, плохо смывается с унитаза из-за повышенного содержания жира.
- При энтеритах- кал жидкий (водянистый).
- Черный кашицеобразный (дегтеобразный) кал (melena) отмечается при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ.
- Наличие гноя, крови, слизи в кале свидетельствует о поражении толстой кишки.

Показатель	Характеристика
Мышечные волокна	<i>Креаторея:</i> ахилия, хронический панкреатит, энтерит, энтероколит, запор, гнилостная и бродильная диспепсия
Жиры (нейтральный жир, жирные кислоты и мыла — соли жирных кислот)	<i>Стеаторея I типа</i> (увеличение нейтрального жира): панкреатическая недостаточность при хроническом панкреатите, панкреолитиазе <i>Стеаторея II типа</i> (увеличение жирных кислот и мыл): моторные нарушения, дискинезия желчного пузыря, энтерит <i>Стеаторея III типа</i> (увеличение всех жиров): муковисцидоз, целиакия, экссудативная энтеропатия, болезнь Аддисона, лимфогранулематоз
Крахмал	<i>Амилорея:</i> функциональная недостаточность поджелудочной железы, желудка, реже недостаточность слюноотделения; нарушения моторики тонкой кишки
Соединительная ткань	<i>Лиенторея:</i> функциональная недостаточность поджелудочной железы, желудка, ускоренная перистальтика
Лейкоциты	Острые энтероколиты, колиты (кишечные инфекции)
Эритроциты, проба на скрытую кровь	Эрозивно-язвенные процессы, кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез), кровь скрытая: язвенная болезнь желудка и ДПК, новообразования
Слизь	<i>Прозрачная желатинозная слизь</i> на поверхности оформленного кала: спастический запор, мукозный колит; <i>кровавистая слизь:</i> язвенный колит, дизентерия, злокачественные новообразования прямой кишки

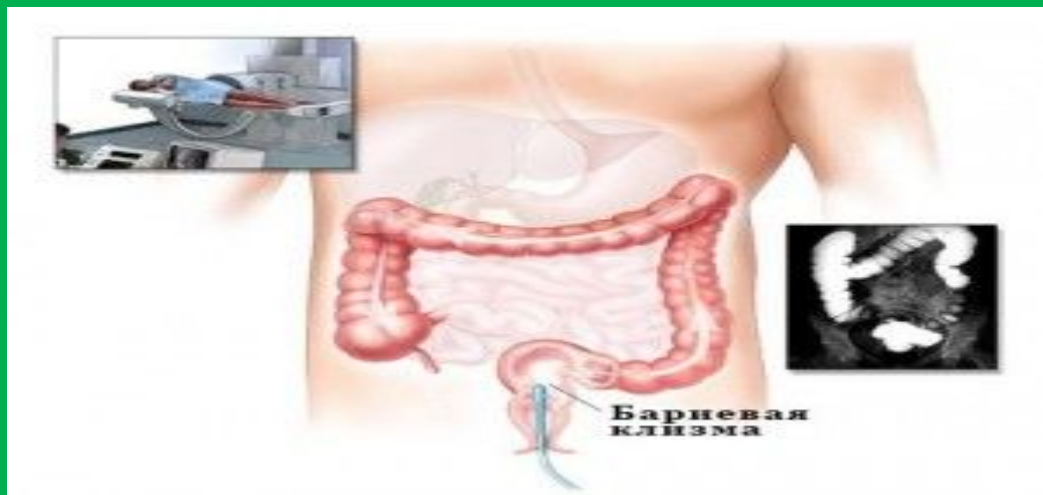
Состав микрофлоры кишечника в норме

Наименование микроорганизмов	КОЕ/г фекалий
Бифидобактерии	10^8 - 10^{10}
Лактобактерии	10^6 - 10^{10}
Общее количество E.coli	10^6 - 10^8
Бактероиды	10^7 - 10^9
Пептококки и пептострептококки	10^5 - 10^6
Стафилококки (гемолитические, плазмокоагулирующие)	Не более 10^3
Стафилококки (негемолитические, коагулазоотрицательные и др.)	10^4 - 10^5
Эубактерии	10^9 - 10^{10}
Клостридии	10^3 - 10^5
Стрептококки	10^5 - 10^7
Дрожжеподобные грибы	Не более 10^3
Условно-патогенные энтеробактерии и неферментирующие грамотрицательные палочки	Не более 10^3 - 10^4

ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

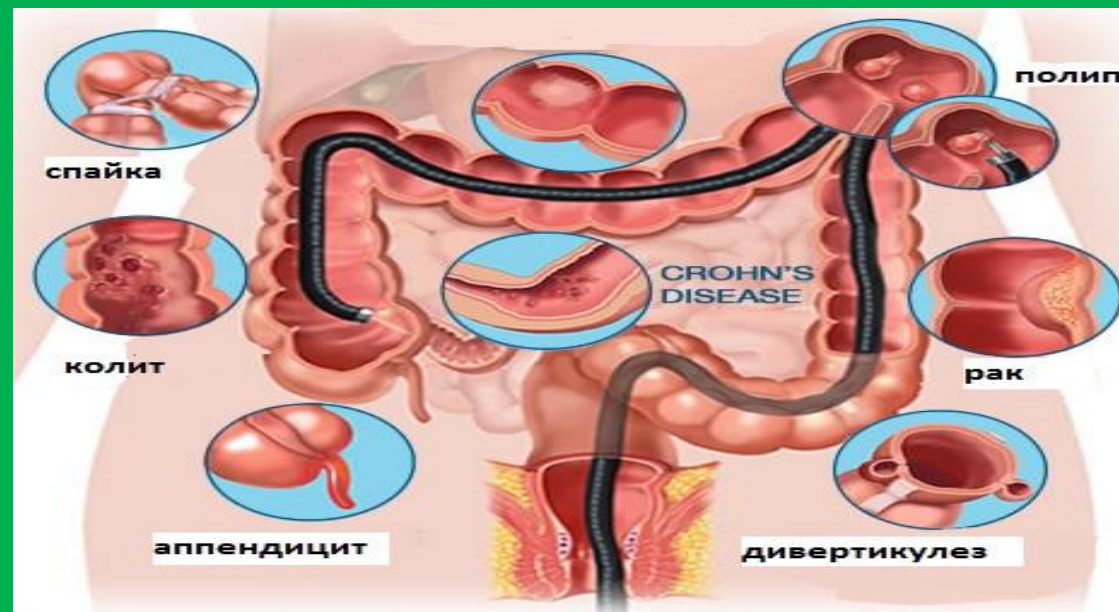
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ

При рентгенографии выявляются изменения рельефа слизистой и участки с различным тонусом кишки. Ирригоскопия позволяет уточнить локализацию процесса в толстой кишке и оценить ее моторную функцию.



ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Эндоскопическое исследование разных отделов толстой кишки проводят для уточнения характера воспалительных изменений, а также решения вопросов дифференциальной диагностики.



ХРОНИЧЕСКИЕ ЭНТЕРОКОЛИТЫ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ:

- 1) Нормализация режима и качества питания.
- 2) Исключение пищевых продуктов, которые больные плохо переносят.
- 3) В стационаре – диета №4 по Певзнеру.
- 4) Физиотерапевтические процедуры.
- 5) Вне обострения санаторно-курортное лечение.

ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- 1) Лечение кишечных инфекций и инвазий.
- 2) Устранение дисбактериоза и восстановление микробиоты кишечника.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ:

При мальабсорбции и мальдигестии: ферментные препараты.

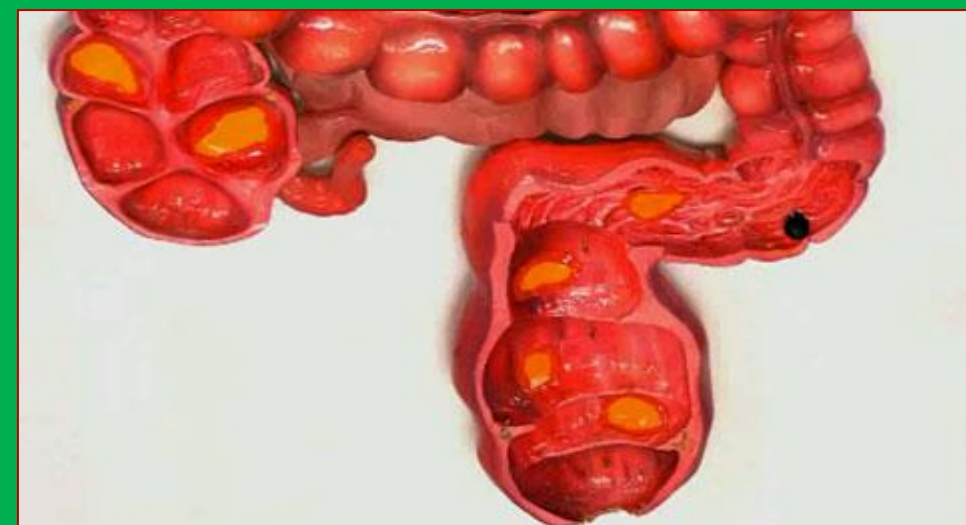
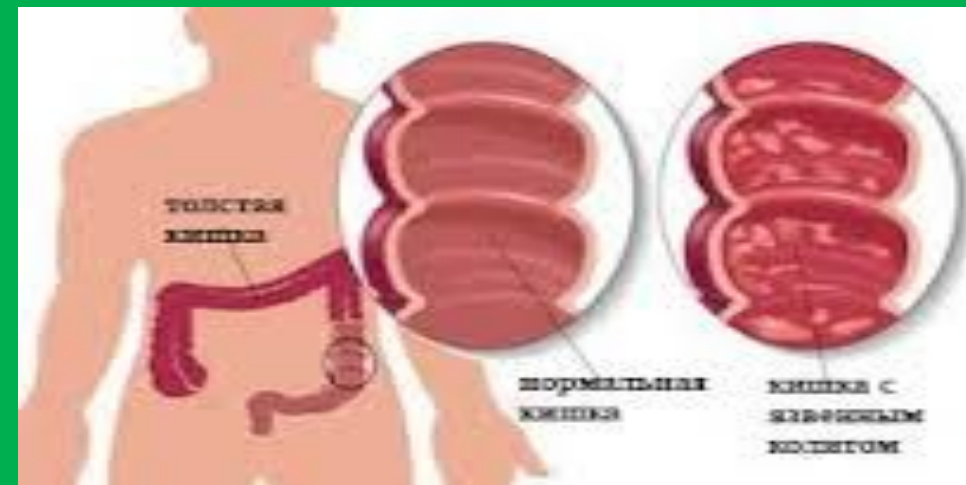
СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ:

- 1) спазмолитики;
- 2) противодиарейные средства,
- 3) слабительные средства.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (НЯК), ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Неспецифический язвенный колит – заболевание, в основе которого лежит хронический воспалительный процесс, при котором диффузно поражается слизистая оболочка толстого кишечника.

1. Неспецифический язвенный колит чаще всего встречается у мужчин. Заболевание начинается чаще всего в возрасте от 20 до 40, либо от 60 до 70 лет.
2. Чаще всего это заболевание встречается в Северной Америке 100-150 случаев заболевания на 100000 населения. В Европе количество случаев намного меньше 10-15 на 100000 населения. Очень редко встречается в странах Африки и Азии.



НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (НЯК), этиология и патогенез

Генетические факторы.

Инфекционный компонент.

Существует 2 теории по поводу участия микроорганизмов в заболевании.

1. Согласно первой теории патогенная микрофлора сама по себе вызывает воспаление в слизистой оболочке толстого кишечника.

2. Вторая теория гласит о ненормальном (чрезмерном) иммунном ответе на антигены непатогенных (не вызывающих заболевание) бактерии.

Аутоиммунный фактор – образование аутоантител

Факторы воспаления - во время иммунного ответа происходит выработка различных вызывающих воспаление факторов (интерлейкины -1, 2, 6, 8, TNF считают, что TNF играет ключевую роль в развитии воспаления).



КЛИНИКА НЯК

Выраженность симптомов зависит от формы заболевания. Бывает острый и хронический колит. Острый НЯК характеризуется сильно выраженными симптомами заболевания, но встречается

редко 4-10% случаев

Общие симптомы:

- 1) Температура до 38 градусов Цельсия, присутствует только при тяжелых формах заболевания.
- 2) Общая слабость и потеря в весе. Оба симптома появляются вследствие анорексии (отсутствие аппетита), потери белков из-за диареи.
- 3) Глазные симптомы (иридоциклит – воспаление радужной оболочки и цилиарного тела глаза, увеит – воспаление сосудистой оболочки глаза, конъюнктивит – воспаление слизистой оболочки глаза). Глазные симптомы не всегда присутствуют.
- 4) Боли в суставах, боли в мышцах.

Локальные симптомы:

- 1) Стул с кровью, слизью и иногда с гноем. Кровь в стуле появляется из-за контакта изъязвлений с калом. Чаще всего кровь не перемешивается с калом, а покрывает его как оболочка. Кровь обычно имеет ярко красный цвет, хотя может быть и темной. При других заболеваниях, например язва желудка – кровь, выделяющаяся с калом по цвету черная.
- 2) Диарея иногда запор. Диарея определяется в 95% случаев. Количество дефекаций 3-4 раза в день. Также характерно увеличение числа позывов на дефекацию до 15-30 в день. Запор возможен, в случае если процесс находится ограниченно на уровне прямой кишки.
- 3) Боль в нижней части живота. Боль по интенсивности не сильная, характер боли – покалывание либо не выраженная колика (в данном случае возможна из-за спазма мышц). В случае если боль в течение заболевания усиливается, то это означает глубокое поражение толстого кишечника.
- 4) Вздутие живота. Особенно нижних частей живота.

КЛИНИКА НЯК, ФИЗИКАЛЬНОЕ И ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Осмотр

Так как при колите присутствует воспаление глазных оболочек – осмотр начнется с глаз.

Чаще всего если есть увеит, конъюнктивит или иридоциклит, то к лечению подключается офтальмолог.

Осмотр живота – в некоторых случаях можно заметить вздутие живота.

Пальпация (прощупывание) живота

При поверхностной пальпации в проекции толстого кишечника наблюдается зоны повышенной чувствительности.

При глубокой пальпации определяется увеличенная в

Общий анализ крови

В анализе крови можно найти анемию (снижение количества гемоглобина и эритроцитов), лейкоцитоз (повышение количества лейкоцитов выше 9×10^9 в 9 степени)

Биохимический анализ крови

Увеличение С - реактивного белка (показатель воспаления)

Снижение количества кальция

Снижение количества магния

Снижение количества альбуминов в крови

Повышение количества гамаглобулинов, что говорит о выработке большого количества антител

Иммунологический анализ

У 70% пациентов увеличенное количество цитоплазматических антинейтрофильных антител, которые повышаются вследствие не нормального иммунного ответа.

Анализ кала

Наличие крови, слизи или иногда гноя в каловых массах.

Копрокультура (анализ кала на бактерии) – показывает наличие патогенных микробов.

НЯК, ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ - ИРИГОГРАФИЯ

Признаки характерные для заболевания на рентгеновском снимке:

Слизистая с не ровным рельефом

- 1) Различные эрозии, которые видны на рентгене как белые пятна в слизистой оболочке. В тяжелых стадиях видны глубокие язвы, которые на снимке напоминают впадины то же белого цвета.
- 2) Псевдополипы – видны как дефекты наполнения контрастом полости толстого кишечника
- 3) В тяжелых стадиях - отсутствии гаустр, утолщение и снижение подвижности стенок толстого кишечника, укорочение кишечника

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ: РЕКТОСИГМОИДСКОПИЯ И КОЛОНОСКОПИЯ

Эндоскопические критерии, по которым врач функционалист ставит диагноз язвенный колит:

1. Фаза обострения

- Отек и покраснение слизистой
- Отсутствие сосудистого рисунка
- Контактные кровотечения (кровотечение при прикосновении к пораженной поверхности), точечные кровоизлияния (петехии) в слизистую оболочку
- Псевдополипы
- Кровь, слизь или гной в просвете толстого кишечника
- Бугристая (гранулезная) слизистая

2. Фаза ремиссии

- Псевдополипы
- Атрофия слизистой

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЯК

Режим

В фазе обострения рекомендуется постельный режим до снижения интенсивности симптомов. В период ремиссии – обыкновенный режим.

Диета при НЯК

Принципы диеты

1. Вся пища должна быть приготовлена в вареном или печеном виде.
2. Блюда должны употребляться в теплом виде. Частота питания – 5 раз в день.
3. Последний прием пищи не позднее 19.00.
4. Диета должна быть гиперкалорийной (с повышенным содержанием калорий) 2500-3000 калорий в день. Исключение составляют пациенты с ожирением.
5. Диета должна быть гиперпротеиновой (повышенное содержание белков)
6. Должна содержать повышенное количество витаминов и микроэлементов

Медикаментозное лечение:

Применяют препараты из группы аминсалицилатов.

Кортикостероиды применяются при тяжелых формах заболевания.

Иногда используется иммунодепрессанты.