

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Острый холецистит

Острый холецистит - воспаление желчного пузыря с местной и системной воспалительной реакцией.

Этиология и патогенез

Самое частое осложнение ЖКБ.

В 90% острый холецистит развивается на фоне ЖКБ, бескаменный холецистит - 10%.

Основная причина - в 90-95% повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм вод. ст. из-за нарушения оттока желчи при обтурации камнем, комочком слизи или желчным шламом и др.

Желчный шлам - патологический субстрат, образующийся в просвете общего желчного протока при его воспалении и состоящий из эпителия, фибрина и микроорганизмов; может служить ядром для образования желчного конкремента.

Желчная гипертензия - главный фактор ишемии слизистой желчного пузыря, приводящий к нарушению слизистого барьера, проникновению и росту микроорганизмов.

У 10-15% больных ишемия стенки желчного пузыря приводит к некрозу, перфорации, перитониту.

В последние годы заболеваемость острым холециститом в РФ возросла в 5 раз.

Ежегодно выполняется 350-500 тысяч холецистэктомий, летальность 1,5%.

Сравнительно низкая летальность достигнута за счет относительно раннего выполнения плановых операций, вне выраженного обострения холецистита, частично – за счет широкого внедрения миниинвазивных хирургических технологий.

Классификация

По этиологии: калькулезный, бескаменный, паразитарный.

По патогенезу: обтурационный, ферментативный, сосудистый.

По клиническому течению: легкое, среднетяжелое, тяжелое.

Клинико-морфологические формы:

- катаральный (обструктивный или обтурационный);
- флегмонозный;
- гангренозный;
- перфоративный (деструктивный).

Диагностика

Жалобы и анамнез

Боли в правом подреберье и/или эпигастральной области, иногда с иррадиацией в поясничную область, сопровождающиеся тошнотой и рвотой.

Физикальное обследование

При пальпации болезненность и напряжение мышц в правом подреберье и/или эпигастрии.

Физикальное обследование не может достоверно отвергнуть или подтвердить острый холецистит.

Патогномоничных симптомов нет, хотя высокочувствительно и специфично сочетание ряда клинических и лабораторных признаков.

Местные признаки воспаления желчного пузыря:

- Боль (72-93%);
- Тошнота и рвота;
- Мышечная защита (50%);
- Положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- Положительные пузырьные симптомы

Системные признаки воспаления:

- Лихорадка;
- Повышение уровня СРБ;.
- Лейкцитоз

Лабораторная диагностика

- Общий анализ крови;
- Биохимический анализ крови: глюкоза, билирубин, креатинин, амилазы крови, АЛТ, АСТ, ЩФ;
- Коагулограмма;
- Группа крови и Rh-фактор.

Ни один анализ или их сочетание не позволяют достоверно поставить или отвергнуть острый холецистит. Лабораторное обследование имеет вспомогательное значение и определяет тяжесть состояния больного.

Инструментальная диагностика

- УЗИ
- МРТ-холангиография;
- Ретроградная холангиография

Дифференциальный диагноз:

- правосторонняя нижнедолевая пневмония
- инфаркт миокарда
- болезненный опоясывающий лишай
- обострение гастродуоденальной язвенной болезни, в т.ч. перфоративная язва
- острый панкреатит
- гепатит
- острая кишечная непроходимость
- острый аппендицит

Лечение

Цель лечения - максимально полное и быстрое снижение воспаления удалением желчного пузыря или ликвидацией внутрипузырной гипертензии.

Из-за опасности перфорации жёлчного пузыря, всех больных срочно отправляем в хирургию!!!

При установленном диагнозе «острый холецистит» пациент подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение.

Хронический холецистит

Хронический некалькулезный холецистит — хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями (дискинезиями) желчевыводящих путей и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи (дисхолией).

Это широко распространенное заболевание желчевыводящих путей. Женщины болеют в 3-4 раза чаще мужчин.

Этиология

Бактериальная инфекция. Источником инфекции могут быть заболевания носоглотки, полости рта, половой системы, инфекционные заболевания кишечника. Инфекция проникает в желчный пузырь: гематогенным путем (из большого круга кровообращения по печеночной артерии, от которой отходит пузырная артерия); восходящим путем (из кишечника); лимфогенным путем (по лимфатическим сосудам из кишечника, половой сферы и т. д.).

Возбудители: кишечная палочка, энтерококк, стафилококки и стрептококки, редко — протей, палочки тифа и паратифа, дрожжевые грибки. Причиной хронического холецистита могут быть вирусы гепатита В и С.

Паразитарная инфекция. Определенную роль в развитии хронического холецистита играют описторхоз и лямблии.

Дуоденальный рефлюкс. Он развивается при хроническом дуоденальном стазе с повышением давления в 12-перстной кишке, недостаточности сфинктера Одди, хроническом панкреатите. Происходит заброс дуоденального содержимого, что способствует застою желчи и проникновению инфекции в желчный пузырь.

Аллергия (токсико-аллергический холецистит).

Хронические воспалительные заболевания органов пищеварения. Хронические гепатиты, цирроз печени, энтероколиты, панкреатит часто осложняются хроническим холециститом.

Острый холецистит. В ряде случаев острый холецистит осложняется хроническим холециститом.

Предрасполагающие факторы:

- застой желчи (при дискинезии желчевыводящих путей);
- ожирение и беременность, сахарный диабет;
- психоэмоциональные стрессовые ситуации;
- нарушение режима питания, злоупотребление жирной и жареной пищей (вызывает спазм сфинктера Одди и дискинезию желчевыводящих путей);
- отсутствие или недостаточное содержание в пище растительной клетчатки, которая разжижает желчь и способствует опорожнению желчного пузыря;
- гипокинезия; врожденные аномалии желчевыводящих путей; дисбактериоз кишечника (благоприятные условия для проникновения инфекции восходящим путем в желчный пузырь); наследственная отягощенность.

Патогенез.

В большинстве случаев пузырная желчь при хроническом холецистите стерильна, так как желчь обладает бактериостатическими свойствами. Важным является проникновение инфекции в стенку желчного пузыря, что свидетельствует о наличии хронического холецистита. Микробное воспаление желчи происходит на фоне застоя желчи, нарушения стенки желчного пузыря, снижения защитных свойств иммунитета.

Классификация

- По этиологии и патогенезу, бактериальный; вирусный; паразитарный; немикробный («асептический», иммуногенный); аллергический; ферментативный; невыясненной этиологии.
- По клиническим формам: хронический бескаменный холецистит: а) с преобладанием воспалительного процесса, б) с преобладанием дискинезии желчевыводящих путей; хронический калькулезный холецистит.
- По типу дискинезии: нарушение сократительной функции желчного пузыря: а) гиперкинез желчного пузыря, б) гипокинез желчного пузыря.
- По характеру течения: редко рецидивирующий (благоприятный); часто рецидивирующий (упорное течение); постоянного течения (монотонного); маскировочный (атипичного течения).
- По фазе заболевания: фаза обострения; фаза затухающего воспаления; фаза ремиссии.
- По степени тяжести: легкая; средней тяжести; тяжелая.
- Осложнения: реактивный панкреатит; реактивный гепатит; перихолецистит; хронический дуоденит и перидуоденит.

Клиника

Боль — наиболее постоянный и характерный признак хронического холецистита. Боль обычно локализуется в области правого подреберья, иногда — в подложечной области. Появление или усиление боли связано обычно с обильной, жирной, жареной, острой, слишком холодной или горячей пищей, приемом газированных напитков, алкоголя. Боль может возникнуть после физической нагрузки или психоэмоционального стресса.

Хроническому холециститу сопутствует дискинезия желчевыводящих путей. При *гипотоническом* варианте дискинезии боли постоянные, ноющего характера. Иногда беспокоит чувство тяжести в правом подреберье.

При *гипертонической* дискинезии боль носит приступообразный характер, бывает интенсивной. Боль при хроническом некалькулезном холецистите иррадирует в правое плечо, правую лопатку, иногда в ключицу.

Диспептический синдром. Рвота бывает в половине случаев и объясняется сопутствующим гастродуоденитом, панкреатитом.

При *гипотонической* дискинезии желчного пузыря рвота несколько облегчает состояние пациентов, при гипертонической дискинезии — усиливает боль. В рвотных массах возможна примесь желчи. Провоцируется рвота погрешностью в диете или приемом алкоголя. В период обострения пациенты жалуются на тошноту, ощущение горечи во рту, отрыжку горьким. При присоединении гастрита, энтерита, гастродуоденита появляется изжога, отрыжка «тухлым», снижение аппетита, диарея.

Кожный зуд. Иногда может наблюдаться при хроническом некалькулезном холе-

цистите, хотя более характерен для желчнокаменной болезни, синдрома холестаза (застоя желчи).

Повышение температуры тела. Встречается в период обострения, может сопровождаться ознобом.

Психоэмоциональные расстройства. Общая слабость, быстрая утомляемость, депрессия, раздражительность, эмоциональная лабильность встречаются довольно часто, особенно если выражены симптомы дискинезии желчевыводящих путей.

Кардиалгия. В период обострения у ряда пациентов появляется рефлекторная стенокардия (боли в сердце).

Объективные данные

Осмотр. Иногда можно выявить субиктеричность склер, кожи (реже — выраженная желтуха). У большинства пациентов определяется повышенная масса тела.

Пальпация и перкуссия живота. Определяется локальная болезненность в зоне расположения желчного пузыря — пересечение наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой (симптом Кера).

Выявляются симптомы Мерфи — болезненность при пальпации области желчного пузыря при глубоком вдохе и втягивании живота.

Симптом Ортнера — появление боли при покалывании ребром ладони по правой реберной дуге.

Симптом Айзенберга — в положении стоя пациент поднимается на носки и затем быстро спускается на пятки (появляется боль в правом подреберье вследствие сотрясения воспаленного желчного пузыря).

Можно выделить «клинические маски» хронического холецистита. В клинической картине эти симптомы доминируют над симптомами холецистита: «желудочно-кишечная» маска (преобладают диспептические жалобы, болевой синдром отсутствует); «кардиальная» (на первый план выступает кардиалгия, рефлекторная стенокардия); «неврастеническая» (выраженный неврастенический синдром); «ревматическая» (субфебрилитет, сердцебиение, перебои в области сердца, артралгия, потливость, диффузные изменения на ЭКГ); «тиреотоксическая» (невротические расстройства, тремор рук, похудание, тахикардия, потливость).

Лабораторные и инструментальные исследования.

Дуоденальное зондирование. Наиболее информативным является фракционное дуоденальное зондирование, при котором учитывается время каждой фракции (их 5) и количество выделенной желчи.

УЗИ желчного пузыря - утолщение стенки желчного пузыря более 2 мм, неравномерность контуров (и деформация). Негомогенность содержимого, увеличение или уменьшение размеров, признаки дискинезии желчного пузыря.

Рентгенологическое исследование (пероральная холецистография и внутривенная холецистоангиография). Выявляются замедление опорожнения и деформация желчного пузыря.

Радиоизотопное исследование: нарушения скорости заполнения и опорожнения желчного пузыря, увеличение или уменьшение его размеров, уплотнение ложа желчного пузыря.

ОАК: умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

БАК: при обострении повышается количество сиаловых кислот, фибрина, диспротеинемия.

Лечение

Л е ч е б н ы й р е ж и м . В период обострения пациенты госпитализируются в терапевтическое или специализированное гастроэнтерологическое отделение. В случаях калькулезного холецистита пациентов направляют в хирургическое отделение. При легком течении болезни возможно амбулаторное лечение.

Л е ч е б н о е п и т а н и е . В период резкого обострения заболевания на 1–2 дня назначается голодная диета: только питье (некрепкий сладкий чай, соки фруктовые, отвар шиповника, минеральная вода «Боржоми») небольшими порциями до 3–6 стаканов в день. Можно разрешать несколько сухариков. По мере стихания обострения диета расширяется: слизистые протертые супы, каши, нежирный творог, нежирная отварная рыба, протертое мясо, белые сухари. Пища принимается 5–6 раз в день. Можно назначить 1–2 разгрузочных дня (творожно-кефирный, рисово-компотный, арбузный, виноградный, фруктовый), а в период ремиссии проводить их регулярно. После купирования обострения назначается основная диета, питание дробное (5–6 раз в сутки).

К у п и р о в а н и е б о л е в о г о с и н д р о м а . При болях и мучительной рвоте, не приносящей облегчения, назначаются периферические М-холинолитики: 1 мл 0,2% раствора платифиллина гидротартрата подкожно. После купирования боли эти препараты назначаются внутрь. При наличии противопоказаний к назначению М-холинолитиков (глаукома, аденома предстательной железы) назначаются гастропепин по 50 мг 2–3 раза в день (внутрь или внутримышечно). Для купирования боли применяется 2% раствор папаверина гидрохлорида, раствор но-шпы 2% 2 мл.

При сильных, некупирующихся болях применяют ненаркотические анальгетики: 2 мл 50% раствора анальгина, 5 мл баралгина в/м, парацетамол по 500 мг 3 раза или трамадол по 50 мг 2 раза в сутки, платифиллин п/к.

В случаях, если хронический холецистит сочетается с гипотонической дискинезией желчного пузыря, М-холинолитики и спазмолитики не показаны.

В этих случаях назначаются холинокинетики: растительное масло по 1–2 столовые ложки 3 раза в день перед едой, ксилит, сорбит по 15–20 г на 1/2 стакана теплой воды 2–3 раза в день, 20–25% раствор магния сульфат по 1 столовой ложке 2–3 раза в день перед едой.

При болях, обусловленных застоем желчи в желчном пузыре при гипотонической дискинезии, показаны дуоденальные тюбажи без зонда (слепые дуоденальные зондирования): пациент утром натощак принимает 20–25 г ксилита (или сорбита), растворенного в 100–150 мл теплой кипяченой воды, после чего пациент должен полежать 1,52 ч на правом боку на теплой грелке. Процедуру проводят 1–2 раза в неделю. (В период выраженного обострения тюбажи не проводятся.)

А н т и б а к т е р и а л ь н а я т е р а п и я в период обострения

- Ампициллин по 0,5 г 4–6 раз в сутки в/м.
- Эритромицин по 0,2 г 4 раза в сутки внутрь.
- Ципрофлоксацин по 1–1,5 г в сутки в 2 приема.

Ж е л ч е г о н н ы е с р е д с т в а

Фестал по 1–2 таблетки 3 раза в день после еды.

Дигестал по 1 таблетке — 3 раза в день после еды.

Это ферментно-желчегонные средства.

Другие желчегонные — циквалон по 0,1 г 3 раза в день.

Никодин по 0,5 г 3 раза в день, фламин и др.

Малые транквилизаторы (при наличии дискинезий) Оксазепам (тазепам, нозепам) по 10 мг 2 раза в день. Гидрохолеретики. Минеральные воды: «Ессентуки № 17», «Джермук», «Ижевская», «Нафтуса», «Арзни», «Славяновская». Принимают их за 20—30 мин до еды по 1/2 стакана 3—4 раза в день после стихания воспалительного процесса.

Препараты, стимулирующие желчеотделение: ксилит, сорбит, магния сульфат; холинолитики — олиметин по 2 капсулы 3 раза в день до еды.

Физиотерапевтическое лечение проводится после стихания воспалительного процесса.

Санаторно-курортное лечение. Проводится только в период ремиссии. Пациенты направляются в Ессентуки, Железноводск, Боржоми. Направляют в санатории пациентов с некалькулезным хроническим холециститом.

Профилактика хронического холецистита.

Первичная профилактика заключается в рациональном питании, соблюдении режима питания, в активном двигательном режиме, в своевременном лечении воспалительных заболеваний системы пищеварения.

Вторичная профилактика у пациентов с хроническим холециститом заключается в диспансеризации их у участковых терапевтов поликлиники.

Холангит

Острый холангит — это острое воспаление печеночных и внутрипеченочных протоков.

В первой стадии: высокая температура с потрясающими, повторяющимися ознобами. Начало заболевания внезапное, бурное. Схваткообразные боли в правом подреберье, рвота, слабость, снижение АД.

Во второй стадии: присоединяется увеличение печени, она резко болезненна при пальпации, нарушаются функциональные печеночные пробы, появляется субиктеричность склер и затем незначительная желтуха. Через неделю увеличивается селезенка.

В третьей стадии: наступает картина печеночной недостаточности с выраженной желтухой, с изменениями в моче, повышается содержание мочевины и креатинина в моче (гепаторенальный синдром), нарушается сердечная деятельность (тахикардия, глухие тоны сердца, аритмия, миокардиодистрофия на ЭКГ). Возможен коллапс, панкреатит.

В четвертой, конечной, стадии развивается печеночно-почечная недостаточность, кома.

При остром катаральном холангите симптомы слабо выражены, и выраженность интоксикации не бывает очень тяжелой.

Гнойный холангит протекает очень тяжело, выраженная интоксикация вплоть до развития бактериально-токсического шока. Часто осложняется поддиафрагмальным, внутрипеченочным абсцессом, реактивным экссудативным плевритом, эмпиемой легких, абсцессом легких, перитонитом, эндокардитом, панкреатитом.

Лабораторные данные

ОАК: умеренный или высокий (более $15 \times 10^9/\text{л}$) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево-, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ.

БАК: увеличение билирубина за счет конъюгированной фракции, повышение щелочной фосфатазы, сиаловых кислот, фибриногена, альфа-, и гамма-глобулинов.

ОАМ: протеинурия, цилиндрурия, появление билирубина.

Инструментальные данные

УЗИ — увеличение размеров печени, расширение внутрипеченочных желчных протоков.

Холангит хронический

Хронический холангит представляет собой хроническое бактериальное воспаление желчных протоков печеночных и внутрипеченочных.

Латентная форма: боли и болезненность в правом фланке, подреберье нерезкие или отсутствуют совсем, субфебрильная температура тела с периодическими подъемами до высоких цифр и ознобами, редко кожный зуд, иктеричность кожи и видимых слизистых оболочек, постепенное увеличение печени.

Рецидивирующая форма: боли и болезненность в области правого фланка, подреберья при пальпации, горечь во рту, кожный зуд, в период обострения — желтуха, лихорадка, продолжительный субфебрилитет.

При длительном течении — утолщение концевых фаланг в виде «барабанных палочек» и ногтей в виде «часовых стекол». Печень и селезенка увеличены, плотные.

Затяжная септическая форма: тяжелое течение с лихорадкой, ознобами, болями в правом подреберье, увеличением печени и селезенки, тяжелой интоксикацией, поражением почек, желтухой. Напоминает по течению инфекционный (септический) эндокардит.

Склерозирующая (стенозирующая) форма-, общая слабость, недомогание, повышение температуры тела, ознобы, кожный зуд, желтуха, увеличение печени и селезенки.

В поздних стадиях хронического холангита возможно развитие биллиарного ЦП. Дополнительные данные такие же, как при остром холангите.

Лечение холангитов. Острый холангит (ангиохолит) проводится в условиях стационара, как при остром холецистите. Основное в лечении — антибиотикотерапия, дезинтоксикационные препараты внутривенно капельно. При закупорке камнем общего желчного протока — хирургическое лечение.

Желчнокаменная болезнь

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре (холецистолитиаз), в общем желчном протоке (холедохолитиаз), в печеночных желчных протоках (внутрипеченочный холелитиаз).

Этиология и патогенез.

Желчнокаменная болезнь — полиэтиологическое заболевание: только взаимодействие разных факторов способствует образованию камней.

Основными факторами, приводящими к развитию ЖКБ, являются хронический холецистит, холангит, воспаление общего желчного протока, а также нарушения обмена веществ и застой желчи.

Большая роль отводится нарушениям метаболизма, в первую очередь билирубина и холестерина — составных частей желчи. При превышении нормальной концентрации в желчи холестерина или билирубина создаются условия для образования камней. Нару-

шение обмена холестерина (гиперхолестеринемия) наблюдается при ожирении, сахарном диабете, атеросклерозе, подагре. Гипербилирубинемии и образованию пигментных камней способствует врожденная гемолитическая анемия (наследственный микросфероцитоз).

Определенную роль играют генетические факторы, имеет значение нарушение питания — избыточное употребление жирной, богатой холестерином пищи (мяса, рыбы, яиц, масла); рафинированных углеводов, круп, мучных блюд, способствующих сдвигу реакции желчи в кислую сторону, что уменьшает растворимость холестерина. Развитию ЖКБ способствует гиповитаминоз А.

Способствующие факторы: беременность, нерегулярное питание, ожирение, брюшной тиф, сальмонеллез, малярия в анамнезе, вирусный гепатит, сахарный диабет.

Различают следующие виды желчных камней:

1. Гомогенные (однородные) камни:
 - а) холестериновые камни, которые образуются у людей с ожирением, без признаков воспаления;
 - б) билирубиновые камни, которые появляются в результате усиленного распада эритроцитов;
 - в) известковые камни.
2. Смешанные камни, состоящие из органического вещества и трех основных элементов: холестерина, желчного пигмента, солей кальция.
3. Сложные камни, содержащие ядро холестерина и имеющие оболочку из кальция, холестерина и билирубина. Возникают при воспалительных процессах в желчном пузыре и желчных путях.

Чаще камни образуются в желчном пузыре, реже — в желчных протоках и во внутрипеченочных желчных ходах. Могут быть камни медикаментозные (сульфаниламидные и др.).

Клиника

Различают три стадии ЖКБ: физико-химическую, латентную (бессимптомное камне-носительство), клинически выраженную.

Физико-химическая стадия протекает бессимптомно в течение многих лет. Печень продуцирует желчь — перенасыщенную холестерином и с уменьшенным содержанием в ней желчных кислот и фосфолипидов (лецитина). Распознать эту стадию можно на основании следующих признаков: наследственная отягощенность; наличие ожирения, сахарного диабета, подагры, ксантоматоза; изменение содержания желчи (порции «В») — «хлопья», кристаллы холестерина («песок»).

Латентная стадия. Вторая стадия ЖКБ (латентная, бессимптомная, камне-носительство) характеризуется теми же признаками, что и первая, но при этом выявляются сформировавшиеся камни, которые выявляются рентгенологически или при ультразвуковом исследовании. Чаще всего в эту стадию имеет место наличие одного камня в «немой» зоне желчного пузыря (в области дна).

Клинически выраженная стадия. Выделяются клинические формы ЖКБ: диспептическая; болевая торпидная; болевая приступообразная (желчная колика).

Диспептическая форма. Наблюдается примерно в 1/3 случаев желчнокаменной болезни. Пациенты долгие годы могут периодически испытывать симптомы обычно после употребления жирной, жареной пищи, алкоголя. Очень редко ощущаются постоянно. Симптомы: отрыжка воздухом; ощущение тяжести в правом подреберье и эпигастральной области; неустойчивый стул; изжога; вздутие живота; чувство горечи во рту; непеп-

реносимость острой или жирной пищи; при пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье.

Болевая торпидная форма. Отличается отсутствием или редкостью приступов. Пациентов беспокоят тупые ноющие боли в эпигастрии, правом подреберье. Боли, как правило, неинтенсивные, усиливаются после погрешности в диете, физической нагрузки, психоэмоциональных стрессов, резкой смены погоды, тряской езды. Характерна иррадиация боли в правую лопатку, плечо, ключицу, правую половину шеи. Возможны диспептические явления, как при диспептической форме.

Объективное обследование выявляет зоны гиперестезии в правом подреберье, под правой лопаткой, в проекции желчного пузыря и в эпигастрии. Обнаруживаются положительные симптомы Мюсси, Ортнера, Мерфи, Кера, но они выражены нерезко. Возможно развитие астено-невротического синдрома, который проявляется общей слабостью, недомоганием, снижением трудоспособности, раздражительностью.

Болевая приступообразная форма (желчная колика). Эта форма наиболее типична и легко диагностируется. Заболевание характеризуется рецидивирующим течением: тяжелые болевые приступы могут возникать внезапно или после нарушений режима питания, физического напряжения. Боль при приступе чрезвычайно интенсивна, носит колющий, режущий, раздирающий характер. Локализуется боль в области желчного пузыря и эпигастрии. Иррадирует боль в правую подлопаточную область, правое плечо, ключицу, область шеи, челюсть, за грудину, в область сердца. Во время приступа пациенты беспокойны: мечутся, стонут, кричат. Приступ продолжается 2–6 часов (может и меньше) и сопровождается тошнотой, рвотой (часто с примесью желчи), ощущением горечи и сухостью во рту, вздутием живота.

Объективное обследование выявляет следующие признаки: ожирение (не всегда); ксантелазмы (липидные желтоватые пятна) в области верхнего века; субиктеричность, умеренное вздутие живота; пальпаторная болезненность в области правого подреберья; напряжение мышц брюшной стенки в области правого подреберья (в проекции желчного пузыря); положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи; язык сухой, обложенный; при длительном приступе могут быть выявлены признаки сердечно-сосудистой недостаточности (одышка, цианоз, тахикардия, артериальная гипертензия, «мраморная» окраска кожи). Такие симптомы чаще бывают у пожилых людей.

Инструментальные методы диагностики ЖКБ такие же как и при холециститах.

Осложнения ЖКБ

- Деструктивный холецистит — наиболее частое осложнение. Его симптомы: сильные боли в области правого подреберья, резкая болезненность при пальпации в «пузырной» точке, напряжение мышц в этой области, лихорадка, симптомы интоксикации (головная боль, сухость языка, губ, анорексия), выраженные признаки воспаления в ОАК (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ). Деструктивный холецистит может осложниться перфорацией желчного пузыря и развитием желчного перитонита. В этом случае состояние пациентов крайне тяжелое: боли в правой половине живота, высокая лихорадка, симптомы тяжелой интоксикации, напряжение мышц передней стенки живота справа, заострившиеся черты лица, быстро падает АД, развивается картина шока.
- Эмпиема желчного пузыря. Основные симптомы эмпиемы желчного пузыря: резкие боли в правой половине живота в течение нескольких дней, лихорадка с потрясающими ознобами, пальпируется увеличенный, резко болезненный, напряженный желчный пузырь, длительно сохраняются напряжение мышц и симптомы раздра-

жения брюшины, симптомы интоксикации, признаки воспаления в ОАК.

- Перихолецистит. В результате воспалительного процесса всей стенки желчного пузыря образуются спайки желчного пузыря с поперечно-ободочной кишкой, желудком, сальником. Это нарушает моторную функцию кишечника, желудка, боли в правом подреберье становятся постоянными. Возможно развитие хронического холангита.

Лечение

В первую стадию ЖКБ — физико-химическую — еще нет симптомов, нет изменений при рентгенологическом исследовании и только есть изменения в дуоденальном содержимом.

Лечебно-профилактические мероприятия:

- активный образ жизни, занятия физкультурой, активный отдых, туризм;
- нормализация массы тела; коррекция эндокринных нарушений (гипотиреоз, сахарный диабет, нарушения обмена эстрогенов);
- лечение инфекционно-воспалительных заболеваний желчевыводящих путей с помощью антибактериальной терапии;
- лечебное питание — диета щадящая с исключением жирной, высококалорийной, богатой холестерином пищи, обогащенной клетчаткой с добавлением пшеничных отрубей;
- лечение дисбактериоза;
- уменьшение гиперхолестеринемии; стимуляция синтеза и секреции желчных кислот — фенобарбитал по 0,05 г утром и в обед, 0,1 г вечером; для нормализации желчи — леобил по 0,04 г 3 раза в день.

Во вторую стадию ЖКБ — латентную — симптомов нет, на рентгенограмме определяется камень.

Лечебные мероприятия:

- лечебное питание;
- нормализация массы тела и борьба с гиподинамией;
- коррекция нарушений липидного обмена;
- медикаментозное растворение камней с помощью препаратов желчных кислот: хенодезоксихолевой (хенофалк) и урсодезоксихолевой (урзофалк) по 3 капсулы по 250 мг на ночь, запивая водой (поддаются растворению только холестериновые камни).

В третью стадию ЖКБ — клиническую. Купирование приступа. При очень интенсивных болях: атропина сульфат 0,1% 1 мл раствора п /к (метацина), платифиллина гидротартрат 0,2% раствора 1 мл п /к . Применяется также 2% раствор папаверина гидрохлорида 2 мл в/м .

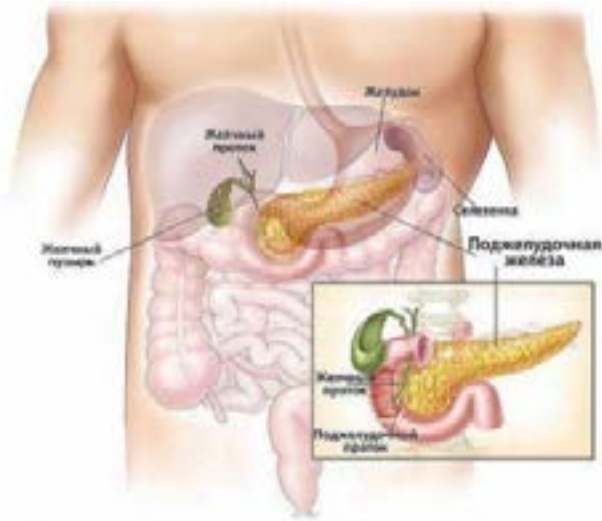
При неэффективности М -холинолитиков вводят 2 мл 50% раствора анальгина, 5 мл раствора баралгина в/м или в/в. При некупирующихся болях принимают наркотические анальгетики — 2% раствор промедола 2 мл в/м или в/в (морфина гидрохлорид не рекомендуется, так как вызывает спазм сфинктера Одди).

В периоде приступа боли пациенты должны быть госпитализированы в хирургическое отделение.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Анатомия

Поджелудочная железа – это один из органов пищеварительной системы человека, выполняющий внутрисекреторную и внешнесекреторную функцию.



ПЖ— непарный железистый орган, расположенный в забрюшинном пространстве на уровне 1—11 поясничных позвонков. Длина железы в среднем составляет 18—22 см, средняя масса — 80—100 г.

В ней различают 3 анатомических отдела: головку, тело и хвост.

Головка ПЖ прилежит к ДПК, а хвост расположен в воротах селезёнки.

Толщина железы в различных отделах составляет 1,5—3 см. Передняя и нижняя поверхности тела ПЖ покрыты брюшиной.

ПЖ имеет тонкую соединительнотканную капсулу и слабо выраженные соединительнотканые перегородки.

Кпереди от ПЖ располагаются желудок и начальный отдел ДПК. Головка ПЖ лежит в подковообразном изгибе ДПК.

Внутрисекреторная функция

Внутрисекреторная функция поджелудочной железы заключается в выработке и н с у - лина , липокаина и глюкагона .

- Инсулин принимает активное участие в регуляции углеводного обмена,
- глюкагон считают антиподом инсулина,
- липокаин предотвращает жировую инфильтрацию поджелудочной железы и печени.

Выполняют секреторную роль соответствующие клетки, получившие название островки **Лангерганса**.

Внешнесекреторная функция

ПЖ вырабатывает и выделяет в просвет двенадцатиперстной кишки около 1500—2000 мл активного панкреатического сока.

В соке поджелудочной железы, кроме жидкой части секрета, содержатся слизистые вещества и большое количество ферментов.

Последние, в основном, выделяются в неактивной, зимогенной форме, в двенадцатиперстной кишке они активизируются с помощью энтерокиназы, желчи и принимают участие в расщеплении белков, жиров и углеводов.

- Ферменты, расщепляющие белковый компонент пищи: трипсин, хемотрипсин, эрипсин, карбоксипептидаза (ингибитор трипсина).
- Фермент, расщепляющий жиры пищи,— лидаза.
- Ферменты, расщепляющие углеводы,— амилаза, мальтаза, лактаза, инвертаза.

Иными словами, поджелудочная железа — орган, находящийся в центре процесса расщепления пищи на ее составные компоненты, которые далее всасываются слизистой кишечника и поступают в кровь.

Секрет поджелудочной железы выделяется только во время пищеварения, когда пища поступает в желудок и кишечник.

ИТАК основным функциям ПЖ относят:

- нейтрализацию кислого химуса, поступающего в ДПК из желудка с помощью бикарбонатов;
- синтез и секрецию пищеварительных ферментов;
- секрецию гормонов, регулирующих обмен углеводов (инсулин и глюкагон).

Пропедевтика

Клиническое обследование больного с патологией ПЖ начинают с расспроса.

Жалобы

Наиболее часто у больных с патологией ПЖ обнаруживают;

- болевой абдоминальный синдром;
- синдром внешнесекреторной недостаточности ПЖ;
- синдром эндокринных нарушений.

Чаще всего отмечают симптомы желудочной диспепсии (упорная тошнота, снижение и отсутствие аппетита, рвота, не приносящая облегчения, отрыжка), однако они малоспецифичны и возникают при многих заболеваниях, что позволяет не рассматривать диспепсический симптомокомплекс отдельно.

Болевой абдоминальный синдром

- При локализации патологии в головке поджелудочной железы боли ощущаются в эпигастрии справа, в правом подреберье с иррадиацией в область VI—XI грудных позвонков.
- При вовлечении в процесс тела железы боли локализуются в эпигастрии.
- При локализации процесса в области хвоста поджелудочной железы — боли в левом подреберье с иррадиацией влево и вверх от VI грудного до I поясничного позвонка.

Боли чаще всего возникают после обильной еды, особенно после жареной пищи, приема алкоголя, шоколада.

При голодании боли успокаиваются.

Иногда боли носят опоясывающий характер.

Отмечается суточный ритм болей: до обеда боли беспокоят мало, после обеда они усиливаются и достигают наибольшей интенсивности к вечеру.

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

Вынужденное положение пациентов — сидя с согнутыми в коленях ногами, приведенными к животу.

Болевой синдром сочетается с диспепсическим синдромом: (потоотделение, беспокойство, бледность кожи, тошнота, иногда рвота, не приносящая облегчения).

Приём острой пищи, мясных бульонов чаще вызывает боль у пациентов с заболеваниями желудка и ДПК, а молочная пища способствует её уменьшению. Наоборот, употребление жирного молока и молочных продуктов может вызвать болевой синдром при поражении ПЖ и жёлчевыводящих путей.

Чаще больных беспокоят боли в эпигастральной области и левом подреберье.

Но так же она может принимать любую локализацию - от верхних, до нижних отделов живота и иррадиировать в самые разные места.

Боли могут быть приступообразными, с длительностью атак от нескольких часов до 2-3 сут, постоянными монотонными или постоянными с приступообразным усилением, при развитии панкреонекроза боли уменьшаются из-за гибели окончаний чувствительных нервов.

Редко больных беспокоят ночные боли, это связано с тем, что больные ночью не едят, а мы уже знаем, что ПЖ включает свою работу при приёме пищи.

Синдром внешнесекреторной недостаточности обусловлен:

- уменьшением массы функционирующей экзокринной паренхимы в результате атрофии, фиброза, неоплазии,
- нарушения оттока панкреатического секрета в ДПК, связанного с блокированием выводных протоков ПЖ конкрементом, опухолью, густым и вязким секретом.

Клинически это проявляется:

- увеличение объёма и частоты стула (полифекалия и диарея);
- кал приобретает кашицеобразную или водянистую консистенцию, неприятный, зловонный запах, сероватый оттенок с блестящей поверхностью (жирный, «сальный»);
- при наличии выраженной стеатореи кал плохо смывается со стенок унитаза.
- возможно появление остатков непереваренной пищи в кале (лиентерея).
- отмечается похудение больного, изменение аппетита, как в сторону усиления, так и в сторону ослабления

Синдром эндокринных нарушений

Различают два основных варианта эндокринных нарушений: **гиперинсулинизм** и **панкреатогенный сахарный диабет**.

Симптомы гиперинсулинизма:

- чувство голода
- дрожь во всём теле,
- холодный пот,
- слабость,
- беспокойство, возбуждение,
- мышечная дрожь и парестезии.

Это состояние может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток.

Возникает обычно утром натощак или на фоне длительного голодания, быстро исчезает после приёма пищи, но может рецидивировать спустя 2—3 ч.

Более чем у 1/3 больных приступ сопровождается судорогами, характерными для эпилептического припадка; возможна потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, антероградная амнезия.

При учащении приступов гипогликемии и хроническом понижении уровня сахара в крови возникают признаки поражения коры головного мозга: ухудшение памяти, изме-

нение почерка, эмоциональная неустойчивость, раздражительность и апатия, дезориентация, навязчивые идеи и галлюцинации.

Признаки панкреатогенного сахарного диабета проявляются легче, чем симптомы истинного сахарного диабета и практически всегда не требуют инъекций инсулина.

Анамнез

Важнейшее значение во всей программе диагностики заболеваний ПЖ придают анамнестическим данным. При выяснении анамнеза следует обратить внимание на следующие моменты:

- отягощённый наследственный анамнез (тяжёлые формы панкреатитов с вторичным сахарным диабетом, аномалии развития, рак и другие заболевания ПЖ у кровных родственников);
- злоупотребление алкоголем, употребление суррогатов алкоголя, курение;
- перенесённый ранее ОП;
- органическая патология жёлчевыводящих путей, диагностированная в прошлом.

Осмотр

Можно увидеть симптом «красных капелек» — наличие красных пятнышек на коже живота, спины, груди, а также коричневую пигментацию кожи в области проекции поджелудочной железы.

Пальпация

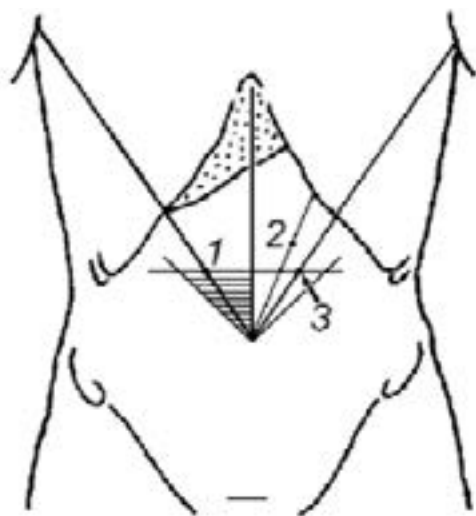


Рис. 55. Зоны и точки, болезненны при панкреатите:

1 – точка Дежардена,
2 – точка Мейо-Робсона (передняя),
3 – точка А.Я. Губергрица;
заштрихована зона Шоффара, симметричная ей зона М.Губергрица-Скульского.

З о н а Ш о ф ф а р а находится в углу, образованном срединной линией тела и линией, проведенной под углом 45° через пупок вправо вверх.

Верхнюю границу зоны образует горизонтальная линия, проведенная примерно на 6 см выше пупка. После глубокой скользящей пальпации в зоне Шоффара, постепенно перемещая руку влево (по отношению к больному) и немного вверх, продолжают исследование до левой реберной дуги и дальше – в глубине подреберья. Используется глубокая скользящая пальпация.

Точки первой группы показаны наиболее часто исследуемые точки и зоны):

1) Губергрица А.Я. – на 6 см выше пупка на линии, соединяющей его с вершиной левой подмышечной впадины (при поражении хвоста поджелудочной железы),

2) Губергрица М.М. – VII-XI межреберья слева в проекции поджелудочной железы (или близко к ней),

3) Дежардена – на 6 см выше пупка на линии, соединяющей его с вершиной правой подмышечной впадины,

4) Мартена – ниже и левее точки Маккензи (точка Маккензи находится на пересечении реберной дуги с наружным краем правой прямой мышцы живота),

5) Мейо-Робсона – на границе наружной и средней третьей линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги,

6) Прейони – на два поперечных пальца выше пупка и на один левее срединной линии, У многих пациентов определяется положительный:

- симптом Грота – атрофия подкожной жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку.
- симптом Мюсси слева – боль при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы у прикрепления к медиальному краю ключицы.

Лабораторная диагностика

Общий анализ крови:

- лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Биохимический анализ крови

- повышение уровня липазы, эластазы, фосфолипазы, трипсина;
- увеличение уровня сахара в крови, как следствие недостаточной секреции инсулина;
- повышение уровня трансаминаз;
- повышение билирубина – это лабораторный признак, который возникает, если желчевыводящие пути перекрываются увеличенной поджелудочной железой;
- понижение уровня общего белка, как последствия белково-энергетического голодания.

Общий анализ кала

- присутствие жира в кале;
- непереваренные остатки пищи в кале;
- если перекрыть желчевыводящие пути – кал будет светлым.

Инструментальные исследования.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости: признаки увеличения ПЖ + другие рентгенпризнаки

УЗИ и сканирование поджелудочной железы:

- неоднородность структуры участками повышенной эхогенности;
- кальциноз железы и камни панкреатического протока,
- увеличение и уплотнение головки поджелудочной железы,
- неровный контур железы, ограничение смещения железы.

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) сканирование проводится не через брюшную стенку, а через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки. Такое приближение датчика к ПЖ позволяет детально изучить структуру ткани органа, состояние протоковой системы, провести дифференциальную диагностику панкреатита с раком ПЖ, оценить размеры парапанкреатических лимфоузлов и выявить конкременты протоковой системы

ЭРХПГ - эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

позволяет выявить стеноз главного панкреатического протока и определить локализа-

цию обструкции, обнаружить структурные изменения мелких протоков, внутрипротоковые кальцинаты и белковые пробки, а также патологию общего желчного протока.

ЭРПХГ не исключает возможности развития серьезных осложнений, связанных с ретро-градным введением под давлением контраста в панкреатический проток. К наиболее частым осложнениям относят острый панкреатит, холангит, сепсис, аллергические реакции на йодсодержащий контраст, перфорацию двенадцатиперстной кишки и холедоха, кровотечение и др.

Рентгенологическое исследование: признаки панкреатита - рассеянный кальциноз железы с характерной локализацией вблизи II поясничного позвонка

Компьютерная томография: КТ дает возможность поставить диагноз, прежде всего на стадии осложнения панкреатита, когда чаще всего обнаруживают кальцификацию, псевдокисты, поражение соседних органов, атрофию паренхимы ПЖ и малигнизацию.

Эндоскопическое исследование:

Дуоденоскопия позволяет:

- осуществлять эндоскопический осмотр панкреатического протока;
- выполнять селективный забор панкреатического сока для ферментного и морфологического исследования;
- диагностировать патологию большого дуоденального сосочка;
- выявить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, являющиеся возможной причиной развития ХП.

Лечение

Основной алгоритм диетотерапии:

- В первые 1-2 дня от начала обострения ХП назначают голод.
- При отсутствии рвоты и признаков гастро- и дуоденостаза разрешается только прием жидкости в количестве 1,0-1,5 литра в сутки (по 200 мл – 5-6 раз).
- Назначают щелочную минеральную воду комнатной температуры без газа, отвар шиповника (1-2 стакана), некрепкий чай.
- На фоне проводимой терапии при улучшении общего состояния (обычно на 2-3-й день от начала обострения) можно приступить к осуществлению перевода больного сначала на ограниченное - диета №5, а затем и на полноценное пероральное питание.

При этом остаются в силе основные принципы диетотерапии больных ХП – диета должна быть механически и химически щадящей, малокалорийной и содержащей физиологическую норму белка (с включением 30% белка животного происхождения).

В период ремиссии:

- повышенное содержание белков (до 120 грамм в сутки, с-преобладанием белков животного происхождения);
- уменьшение жиров и углеводов (в первую очередь сахара);
- строгий запрет алкогольных напитков;
- строгое ограничение тугоплавких животных жиров, холестерина, эфирных масел,

- грубой клетчатки;
- увеличенное потребление витаминов и липотропных веществ;
- дробное питание (5–6 раз в день);
- калорийность рациона 2500–2600 ккал в сутки.

Принципы лечения

- Снятие боли
- Создание функционального покоя поджелудочной железе
- Уменьшение ее секреторной активности
- Коррекция экскреторной (пищеварительной) недостаточности
- Коррекция углеводного обмена
- Коррекция синдромов нарушенного пищеварения и всасывания

Купирование боли

Ненаркотические и наркотические анальгетики, основной алгоритм применения Анальгетиками первого выбора являются салицилаты или ацетоминофен, которые необходимо принимать до еды для предотвращения постпрандиального усиления боли.

Ввиду того, что минимально негативным воздействием на слизистую оболочку желудка обладает парацетамол, показавший хороший эффект для купирования боли у пациентов с ХП, именно этот препарат в последние годы считается наиболее предпочтительным.

Однако следует помнить, что именно парацетамол является наиболее гепатотоксичным из всей группы нестероидных противовоспалительных препаратов, что может ограничивать его применение у больных с сопутствующими поражениями печени, в первую очередь алкогольными.

В первую очередь назначаются препараты анальгезирующего действия и спазмолитики:

50% раствор анальгина и 2% раствор папаверина по 2 мл или 5 мл баралгина внутримышечно в сочетании с антигистаминными препаратами.

В дальнейшем показан прием спазмолитиков внутрь.

Мебеверин (дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в день (утром и вечером) внутрь в течение 2 недель и более.

Усиление обезболивающего действия анальгетиков обеспечивают назначением антидепрессантов.

Считают, что наибольшую анальгетическую активность имеет амитриптилин (триптизол*), обладающий также холинолитическими свойствами.

Во избежание побочных эффектов назначение данного препарата целесообразно начинать с малых доз (25 мг/сут в 3 приема) с последующим постепенным их повышением по мере необходимости.

Помимо амитриптилина аналогичные свойства присущи сертралину (золофт*, асентра*, стимулотон*, депрефолт*) в дозе 50-100 мг/сут, дулоксетину (симбалта*) по 30 мг/сут, флуоксетину (продеп*, прозак*, портал*) по 20 мг/сут и тразодону (триттико*, азна*) по 75 мг/сут.

Курс лечения составляет минимум 4 мес.

Купированию болевого синдрома способствует также использование препаратов панкреатических ферментов (панкреатин, мезим-форте*, панзинорм*, микразим*, фестал*, дигестал*) в средних дозах, уменьшающих объем панкреатической секреции по механизму отрицательной обратной связи.

Тем самым снижаются нагрузка на пораженный орган и давление в панкреатических протоках.

Панкреатические ферменты

Фестал, энзистал, мезим, панзинорм-форте по 1-2. таблетки 3—5 раз в сутки в начале приема пищи.

Креон 25 000 для купирования болевого синдрома (цена около 500 рублей)

Алгоритм использования у больных ХП:

- 10 000 ЕД. - 5 раз в день при отсутствии экзокринной недостаточности;
- 20000 ЕД – 5 раз в день при умеренной экзокринной недостаточности;
- 25000 ЕД – 6 раз в день при выраженной экзокринной недостаточности.

Применение препарата Креон в сочетании с октреотидом (от 1,5 тыс. рублей). омепразолом и баралгином в режиме приема последних «по требованию», способствовало купированию болевого абдоминального синдрома в 96,2-100,0% случаев.

Спазмолитики

Папаверин гидрохлорид 2% 2 мл 2 раза в сутки в/м, но-шпа 2% 2 мл в /м.

2. Холиноблокаторы. Платифиллин гидротартрат 0,2% по 2 мл в/м 2 раза в сутки.

В последнее время отдают предпочтение селективному М1-холинолитику – гастроцепину.

Лечение хронического панкреатита

Необходимо исключить употребление алкоголя, произвести санацию полости рта, исключить прием лекарственных препаратов, которые могут оказывать повреждающее действие на поджелудочную железу.

Важно лечить все заболевания пищеварительной системы, печени и желчевыводящей системы.

Лечение в период обострения

Для купирования болей:

- Спазмолитики. Папаверин гидрохлорид 2% 2 мл 2 раза в сутки в/м, но-шпа 2% 2 мл в /м.
- Холиноблокаторы. Платифиллин гидротартрат 0,2% по 2 мл в/м 2 раза в сутки.
- Анальгетики. Парацетамол по 500 мг 3—4 раза в день, трамадол 100 мг в/м 4 раза в сутки.

Наркотические анальгетики применяются для купирования очень интенсивных болей. Обычно применяется промедол 2% раствор 1 мл в/м или в/в (морфина гидрохлорид не рекомендуется вводить, так он вызывает спазм сфинктера Одди).

Нейролептанальгезия проводится для купирования очень интенсивных болей.

Нейролептанальгезия комбинированный метод внутривенной общей анестезии, при котором пациент находится в сознании, но не испытывает

эмоций (нейролепсия) и боли (анальгезия).

Вводится в/в 1–2 мл 0,005% раствора фентанила и 1–2 мл 0,25% раствора дроперидола в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида. Или таламонал (смесь дроперидола 2,5 мг и фентанила 0,05 мг в 1 мл)

Патогенетическое лечение направлено на устранение воспалительного процесса посредством снижения панкреатической секреции, давления в протоках железы и, как следствие, ликвидацию болей в животе.

Препараты выбора в данном аспекте - блокаторы водородного насоса или H₂-рецепторов гистамина в комбинации с холинолитиками:

- омепразол (омез*, ультоп*, ромесек*, улкозол*) 20 мг 2 раза в сутки, или пантопразол (контролок*, нольпаза*) 20 мг 2 раза в сутки, или лансопразол (лоэнзар-сановель*, ланзап*, ланцид*, геликол^) по 15-30 мг 1-2 раза в сутки, или рабепразол (париет*, хайрабезол*, золиспан*, зульбекс*) по 10-20 мг 2 раза в сутки;
- фамотидин (квamatел*, ульфамид*, гастросидин*) по 20 мг 2 раза в сутки

+

- платифиллин 0,2% 1 мл 2 раза в сутки подкожно или гиосцина бутилбромид (бускопан*) внутримышечно или подкожно по 10-20 мг 2 раза в сутки.

Подавление секреции поджелудочной железы:

- первые 1-3 дня обострения рекомендуется голод и прием щелочных растворов каждые 2 часа (натрия бикарбонат по 0,5 на 200 мл воды или минеральная вода «Боржоми»);
- холод на эпигастральную область;
- применение М-холинолитиков (гастроцепин);
- снижение кислотности желудочного сока (применение антацидов). Подавляют секрецию желудка и поджелудочной железы: циметидин по 400 мг утром и вечером, омепразол по 40-60 мг в сутки, внутривенное введение анаприлина (обзидана).

Подавление активности ферментов поджелудочной железы: трасилол не менее 100 000 ЕД в сутки; контри-кал — не менее 20 000 -40 000 ЕД в сутки; гордокс — не менее 50 000 ЕД в сутки; аprotинин — не менее 50 000 ЕД в сутки.

Уменьшение стимуляции поджелудочной железы

- Антациды. Рутацид по 1-2 таблетки внутрь, разжевывая, 4 раза в сутки.
- H₂-блокаторы рецепторов гистамина. Ранитидин внутрь по 150 мг 2 раза в сутки, фамотидин 20 мг 2 раза в день.
- Ингибиторы протонной помпы. Омепразол по 20 мг внутрь 2 раза в сутки, рабепразол или эзомепразол.
- Ферментная заместительная терапия. Фестал, энзистал, мезим, панзинорм-форте по 1-2. таблетки 3–5 раз в сутки в начале приема пищи.

Минеральная вода

Минеральные воды применяют внутрь (при температуре 37–40 °С), начиная с 1/4 стакана, постепенно доводя дозу на прием до 1/2, в фазе ремиссии До 1 стакана.

При пониженной секреторной функции желудка минеральные воды принимают за 30 мин до еды, а при повышенной — за 1-1,5 ч до еды. Лечение осуществляется в течение 3–4 недель.