

# **Клиническая гастроэнтерология**

**Адылова Д.Ш., Даминова Л.Т.**

**Учебное пособие**

**Ташкент - 2025**

УДК 616.33/.34

*Авторы:*

**Адылова Д.Ш., PhD,** ассистент кафедры Внутренние болезни, нефрология и гемодиализа, Ташкентского государственного медицинского университета  
**Даминова Л.Т.**

**Рецензенты:**

**Узоков Ж.К.** – Руководитель лаборатории Реабилитации Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации

**Муминов Д.К.** – доктор медицинских наук, доцент кафедры Внутренние болезни, нефрологии и гемодиализа, Ташкентского государственного медицинского университета

В учебном пособии рассматриваются вопросы гастроэнтерологии и гепатологии и в ключевых аспектах. В нём представлены современные взгляды на этиологию, патогенез, диагностику и лечение заболеваний пищеварительной системы, а также описан порядок ведения пациентов и стратегия лечения гастроэнтерологических патологий.

## Оглавление

Введение.....	6
Хронический гастрит .....	7 - 26
Язвенная болезнь.....	27 - 49
Хронический панкреатит.....	49-82
Хронический холецистит .....	82-107

## Список сокращений

АИГ - аутоиммунный гепатит АлАТ -  
аланинаминотрансфераза АМА -  
антимитохондральные антитела Анти-ANA -  
антиядерные антитела Анти-LCI - антитела  
к печеночному цитозолю I Анти-LKMI -  
антитела к микросомам Анти-SMA - анти  
гладкомышечные антитела АФП - а-  
фетопротеин  
Анти-SLA - антитела к печеночному антигену  
АсАТ - аспаратаминотрансфераза  
БВО - быстрый вирусологический ответ  
Г АМК - гамма-аминомасляная кислота  
ГТПП - гамма-глутаминтранспептидаза  
ГРС - гепаторенальный синдром  
ЖКБ - желчекаменная болезнь  
ИФА - иммуноферментный анализ  
ИПП - ингибитор протонной помпы  
МВО - медленный вирусологический ответ  
МК - микроскопический колит  
НПВС - нестероидные противовоспалительные средства  
ПБЦ - первичный билиарный цирроз ПВ -  
протромбиновое время ПИ - протромбиновый индекс  
ПИ-СРК - постинфекционный синдром раздраженного кишечника  
ПОЛ - перекисное окисление липидов ПЦР - полимеразная цепная  
реакция РВО - ранний вирусологический ответ

ПОЛ - перекисное окисление липидов ПЦР - полимеразная цепная реакция РВО - ранний вирусологический ответ  
RNA - рибонуклеиновая кислота  
СК - стеллатные клетки  
СРК - синдром раздраженного кишечника  
СРК-Д - синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи  
СРК-З - синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров  
ТТГ - тиротропный гормон  
ТЦА - трициклические антидепрессанты  
УДХК - урсодезоксихолевая кислота  
УЗИ - ультразвуковое исследование  
ФАТ - фекальный антигенный тест  
ФНО - фактор некроза опухоли  
ФЭГДС - фиброэзофагогастродуоденоскопия  
ФД - функциональная диспепсия  
ХГ - хронический гепатит  
ХК - холецистокинин  
цАМФ - циклический аденозинмонофосфат  
цГМФ - циклический гуанозинмонофосфат  
ЩФ - щелочная фосфатаза  
ЭМП - экстрацеллюлярный матрикс печени  
HDV - вирус гепатита D  
HBV - вирус гепатита B  
HCV - вирус гепатита C  
HBcAg - HBc-антиген вируса гепатита B  
HBeAg - HBe-антиген вируса гепатита B  
HBsAg - HBs-антиген вируса гепатита B  
HCl - соляная кислота  
HP - Helicobacter Pylori

## ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие посвящено наиболее распространённым заболеваниям желудочно-кишечного тракта, таким как гастрит, язва желудка, панкреатит и холецистит.

Заболевания органов пищеварения играют значительную роль в общей структуре заболеваемости. В последнее время в медицине был достигнут значительный прогресс. В предоставленной информации рассматриваются диагностика, лечение и контроль нарушений пищеварения, а также связь между *Helicobacter pylori* и современными проблемами терапии вирусных заболеваний печени.

Представленный материал основывается на международных консенсусах, рецептурных рекомендациях и методических указаниях Министерства здравоохранения Республики Узбекистан по данной теме. Учебное пособие включает актуальные клинические критерии и стандарты диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Этот учебник будет полезен для студентов, изучающих данную тему, а также для терапевтов, гастроэнтерологов, врачей общей практики, интернов и клинических ординаторов. Он также предназначен для самостоятельного изучения и расширения знаний в этой области.

# ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

**Хронический гастрит** - хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и, вследствие этого, атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка.

## ЭТИОЛОГИЯ

Все известные воспалительные заболевания условно можно разделить на 2 основные группы: гастрит и гастропатию, отличие групп в наличии или отсутствия сопутствующего воспаления слизистой оболочки из-за травмы желудка.

Под Гастритом принято понимать преимущественно воспалительный процесс, однако под понятием «гастропатией» подразумевается более обширное понятие расстройств слизистой оболочки желудка с минимальным воспалением или без него. Гастрит обычно вызывается инфекционными агентами (например, *Helicobacter pylori*) или имеет иммуноопосредованную природу, хотя во многих случаях причина гастрита неизвестна.

При отсутствии органических поражений в пищеводе или желудке существует тенденция ошибочно называть «гастритом» те картины, которые сопровождаются симптомами тяжести, аэрофагии, дискомфорта в животе, быстрого насыщения, переполнения желудка после приема пищи..., которые следует отнести к термину функциональная или незвенная диспепсия.

Этиологические факторы многочисленны и могут быть сгруппированы в инфекционные, химические раздражители, иммунологические и генетические.

Что касается инфекционной этиологии, то несколько микробов могут вызывать воспалительные поражения типа хронического гастрита. Микробом, наиболее часто ассоциируемый с хроническим антральным гастритом с язвой двенадцатиперстной кишки, является *H. pylori*.

Он присутствует также при гастрите антрального отдела и тела (пангастрит), не связанном с гастродуоденальной язвой. Колонизация желудка начинается в антральном отделе, благодаря активности уреазного типа, проникающего в эпителий, с помощью которого ему удается запустить воспалительный каскад.

При гастрите тела с атрофией желудка, сопровождающемся ахлоргидрией и пернициозной анемией, могут присутствовать антитела к париетальным клеткам и/или внутренний антифактор.

Также принято считать, что инфекция *H. pylori* у генетически предрасположенных пациентов может вызывать эту форму хронического атрофического гастрита. Таким образом, пациенты с хроническим атрофическим гастритом и антителами могут страдать от других сопутствующих аутоиммунных заболеваний (тиреоидит, системная красная волчанка...).

Существуют и другие, менее распространенные формы хронического гастрита, такие как лимфоцитарный, гиперплазия слизистой оболочки желудка и гипертрофический гастрит или эозинофильный гастрит.

#### ПАТОГЕНЕЗ

Хронический гастрит является локальным иммунным ответом на инфекцию *H. pylori*. В развитых странах менее 1% случаев хронического гастрита вызваны приобретением *H. heilmannii*, а несколько больше связано с наличием аутоиммунных явлений. Особенностью гастрита *H. pylori* является то, что он практически всегда связан с острым воспалением («активностью»). Согласно некоторым исследованиям,<sup>15</sup> интенсивность моно- и полиморфноядерной воспалительной реакции зависит от интенсивности и степени колонизации слизистой оболочки организмами *H. pylori*. Это предполагает, что интенсивность колонизации *H. pylori*,

которая может быть функцией бактериального генотипа, и степень воспаления в определенных местах желудка могут быть связаны. Последующие исследования показывают, что хронический гастрит постепенно (в течение лет или десятилетий) развивается в атрофический гастрит, определяемый как потеря нормальных слизистых желез. В недавнем 32-летнем последующем исследовании отдельных амбулаторных пациентов с гастритом, вызванным *H. pylori*, у одной трети пострадавших людей развился атрофический гастрит слизистой оболочки тела желудка. Скорость развития оценивалась в 0,6% в год. В поперечном исследовании последовательных амбулаторных пациентов у 25,3% пациентов (примерно у половины из тех, которые были инфицированы *H. pylori*) наблюдалась кишечная метаплазия и очевидно также наблюдалась потеря желез (атрофия) в антральном отделе желудка. Приблизительные значения скорости развития атрофического гастрита предполагают, что переходный риск ухудшения атрофического гастрита на один произвольный шаг (легкий, умеренный, тяжелый) составлял до 3% ежегодно.

Обычная естественная история гастрита *H. pylori* представляет собой раннюю стадию инфекции с преобладанием антрального отдела и минимальным поражением тела желудка. Эта стадия связана с чрезмерным высвобождением гастрина и сниженным высвобождением соматостатина, что часто приводит к увеличению секреции кислоты, достаточному для того, чтобы вызвать язву двенадцатиперстной кишки у некоторых пациентов

Патогенез язвенной болезни и рака желудка тесно связан с гастритом *H. pylori* и его последующими атрофическими последствиями (атрофический гастрит). Гастрит, вызванный *H. pylori*, является важным фактором риска в многофакторной этиологии этих заболеваний. Он вызывает каскад реакций, которые повреждают слизистую оболочку желудка и эпителий различными способами. Конкретные задействованные механизмы в значительной степени неизвестны. Некоторые из них, вероятно, являются реакциями, связанными с бактериями, на которые влияют различные факторы вирулентности, а другие являются последствиями воспаления и атрофии слизистой оболочки. Хронический аутоиммунный гастрит характеризуется

вовлечением иммунного процесса в развитие атрофии слизистой оболочки. Аутоантитела, образующиеся против париетальных клеток железы желудка, запускают воспалительный процесс, вызывая гибель клеток.

Существует множество причин развития гастрита, он может возникать внезапно (острый гастрит) или протекать годами (хронический гастрит). В тяжёлых случаях гастрит может привести к образованию язв и повышению риска развития рака желудка. Тем не менее, для большинства людей гастрит не представляет серьёзной опасности и успешно лечится.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

Хронический гастрит относится к заболеваниям, характеризующимся выраженными структурными изменениями желудочно-кишечного тракта.

В настоящее время пользуются международной классификацией

Таблица 1- Международная классификация гастрита

#### МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРИТА

<i>Тип гастрита</i>	<i>Синонимы</i>	<i>Этиологические факторы</i>
<b>Неатрофический</b>	<b>Тип В,</b>	<b>H. Pylori и другие</b>
<b>Атрофический</b>	<b>гиперсекреторный Тип А, ассоциированный с пернициозной</b>	<b>Аутоиммунные нарушения</b>
<b>Особые формы: химический радиационный лимфоцитарный  инфекционный гранулематозный</b>	<b>Тип С, реактивный, рефлюкс-гастрит  Гастрит, ассоциированный с целиакией  Изолированный грану- лематоз</b>	<b>Химические раздражители, желчь, НПВП Ионизирующее излучение  Идиопатический, иммунные механизмы, глютен, H. Pylori Болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, инородные тела, идиопатический</b>

Модифицированная Сиднейская система (1994) используется для оценки изменений слизистой оболочки желудка.

Следует отметить, что регенеративные способности клеток железистого эпителия слизистой оболочки желудка являются основным механизмом, определяющим их правильные функции, касающиеся как целостности слизистой оболочки, так и нормального функционирования всех ее эпителиальных клеточных элементов. При хроническом атрофическом гастрите обнаруживается значительно более высокий процент клеток в митотической фазе по сравнению как с нормальным состоянием, так и с хроническим поверхностным гастритом. При этом пролиферативная активность клеток железистого эпителия прямо пропорциональна нарастанию степени атрофии слизистой оболочки желудка.

Гастрит в зависимости от причин принято классифицировать на следующие:

1. острый гастрит
2. хронический гастрит
3. атрофический гастрит
4. гастрит, ассоциированный с *H. pylori*

Поверхностный гастрит характеризуется полиморфно-ядерной лейкоцитарно-клеточной инфильтрацией слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка и выражен в виде того, что на поверхности слизистой оболочки имеются дистрофические (клетки становятся ровнее, секреторные гранулы меняют форму с цилиндрической на кубическую, содержат нейтральные мукополисахариды) и дисрегенеративные изменения поверхностного эпителия, присутствует воспаление и инфильтрация слизистой оболочки.

Атрофический гастрит- это гистопатологическое заболевание, характеризующееся хроническим воспалением слизистой оболочки желудка с потерей железистых клеток желудка и заменой их эпителием кишечного типа, пилорическими железами и фиброзной тканью. Атрофия слизистой оболочки желудка ( откуда и происходит название) является конечной точкой хронических процессов, таких как хронический гастрит, связанный с инфекцией *Helicobacter pylori* , другими неопознанными факторами окружающей среды и аутоиммунными

реакциями, направленными против железистых клеток желудка.

В больше 50% случаев общеклиническая картина атрофического гастрита происходит с наличием изменений в структуре кишечно-желудочной оболочки, включая в себя метаплазию.

Ряд факторов, таких как различные классификации, растущее число отчетов об анализе Сиднейской классификации (как первоначальной, так и обновленной версии) и мнения сотрудничающих групп врачей, приводят к выводу, схожему с точкой зрения Аппельмана: лучшая классификация CHG — это та, которая обеспечивает как наилучший и наиболее четкий контакт между врачом и патологом, так и, прежде всего, способствует эффективному диагностическому и терапевтическому лечению.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА**

Во время обострения хронического гастрита возникают местные и общие симптомы заболевания. Люди с легкими случаями гастрита, вызванного бактерией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), не всегда могут замечать какие-либо симптомы. Однако гастрит может вызывать различные симптомы, в том числе: расстройство желудка, боль в верхней части живота, чувство сытости после еды небольшого количества, чувство переполнения после еды, тошнота, рвота, непреднамеренная потеря веса, потеря аппетита

В некоторых случаях гастрит может привести к образованию эрозий или язв, а слизистая оболочка желудка может кровоточить.

## **ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА**

Для диагностики хронического гастрита используются следующие методы:

1. Эндоскопия желудка с биопсией
2. Морфологические методы: гистохимические окраски, окраска по Гимзе, иммуноморфологический с антисыворотками к гастрину, соматостатину и гистамину
3. Методы, направленные на выявление НР: морфологический, уреазный, дыхательный, иммуноморфологический на антигены НР, иммунологический, бактериальный с посевами на среды
4. Радиоиммунологический метод с определением в крови гастрина и

Сегодня существует множество диагностических тестов, но каждый из них имеет свои преимущества и недостатки, за которыми следуют ограничения. Использование того или иного теста зависит от доступности этих тестов, оборудования лабораторий и клинического состояния пациентов. Скрининг и лабораторная диагностика основаны на неинвазивных и инвазивных методах. Неинвазивные методы включают респираторные тесты, антигены кала и серологию. Инвазивные методы включают эндоскопию, гистологическое исследование, быстрый тест на мочевины, культуру и ПЦР-тест

Все методы диагностики НР подразделяются на инвазивные и неинвазивные:  
Инвазивные методы диагностики НР включают:

- быстрый уреазный тест (БУТ): основан на способности НР производить фермент уреазу, разрушающий мочевины до аммиака и углекислого газа;
- уреазный дыхательный тест (УДТ): пациент выпивает раствор меченой изотопом углерода ( $^{13}\text{C}$ ) мочевины, после чего проводится анализ выдыхаемого воздуха на содержание изотопа;
- гистологический (цитологический) метод: исследование биоптата слизистой оболочки желудка под микроскопом для обнаружения НР

Неинвазивные методы диагностики НР включают:

- серологический метод (ИФА): определение антител IgG, IgM, IgA к НР в сыворотке крови;
- ПЦР (полимеразная цепная реакция): выявление ДНК НР в биологическом материале (кал, слюна, зубные отложения).

Инвазивные методы считаются более точными, так как они позволяют непосредственно обнаружить НР в тканях организма. Однако неинвазивные методы являются менее инвазивными и могут быть использованы у пациентов с противопоказаниями к эндоскопическим исследованиям.

Быстрая диагностика и применение лечения на ранних стадиях инфекции *H. pylori* играют важную роль в торможении передачи этой инфекции, поскольку эта бактерия участвует в различных желудочных патологиях, таких как гастрит, гастродуоденальная язва и даже неоплазия желудка.

Результаты лечения будут проанализированы не позднее 4–6 недель после окончания терапии. Рекомендуемые способы включают дыхательный уреазный тест и анализ кала на антиген НР. Если этот метод не даст результатов, потребуется повторить гистологическое исследование и быстрый уреазный тест.

## ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

Хронический гастрит тела желудка, атрофический, с умеренной секреторной недостаточностью в фазе обострения.

Хронический смешанный пангастрит, ассоциированный с НР, с нормальной секрецией в фазе обострения.

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

1. Диета
2. Медикаментозная терапия
3. Физиолечение
4. Санаторно-курортное лечение.

### ДИЕТА

Гастрит — это воспалительное заболевание, и исследования показывают, что соблюдение противовоспалительной диеты может помочь уменьшить воспаление. Пищевые практики, которые могут помочь справиться с воспалением, включают: включение в рацион определенных продуктов, таких как ягоды, которые содержат полифенолы, такие как флавоноиды и антоцианы  
употребление ферментируемой клетчатки в чечевице и других бобовых  
выбор углеводов с низким гликемическим индексом, таких как цельные зерна, фрукты и овощи  
ограничение потребления насыщенных жиров и стремление к более полезным жирам, таким как омега-3 жиры в жирной рыбе, орехах и семенах

Ведущие Гастроэнтерологи мира рекомендуют не превышать ежедневный прием калорий в пределах 2800–3000 кк. Рекомендуется готовить либо на пару либо употреблять в сыром виде, и все это не в горячем или холодном виде. В зависимости от вида гастрита диеты могут различаться

При повышенной кислотности гастроэнтерологами рекомендуется употребление в пищу не свежеспеченный хлеб, различные пуддинги, суфле, пироге

испеченные на закваске.

В качестве первых блюд рекомендуются любые не жирные супы ( не супы пюре) из овощей с добавлением мелких кусочков мяса или курицы, а также использование мясных субпродуктов, таких как печень, сердца и т.д .

Яйца можно употреблять только в жидком ( не крутом) виде. Рыбу ( не жирные сорта) можно употреблять в любом виде, следует употреблять только в виде яиц всмятку или омлетов.

При употреблении овощей или фруктов отдать предпочтение пв пареном и вареном виде.

Исключается газированные напитки, а также содержащие кофе или крепкий чай. Кофе можно использовать в виде напитка с молоком.

#### **Исключить из рациона:**

1. Хлеб ржаной и свежий, сдобную и слоеную выпечку
2. Крупы: перловая, ячневая, пшено
3. Бульоны: мясной, рыбный, грибной, овощной, окрошку, борщ и щи
4. Мясо: жирное, жилистое, консервы
5. Рыба: жирная и соленая, рыбные консервы
6. Овощи и фрукты: капуста, лук, шпинат, консервированные, квашенные и маринованные овощи, соленья и грибы
7. Молочные продукты: ограничить мороженое и шоколад, сметану, острый и соленый сыр, молокопродукты с высокой кислотностью
8. Яйца: вареные вкрутую и яичница
9. Напитки: газированные, черный кофе, пиво, шампанское, квас
10. Острые приправы: хрен, острые соусы, горчица, растительные и животные жиры.

При случае гастрита с пониженной кислотностью гастроэнтерологами рекомендуется употреблять только цельнозерновой хлеб. Любое печеное из мягкого теста, а также сырники, мясные и рыбные пироги или запеканки.

В данном виде гастрита рекомендуется к употреблению вермишель и макароны.

Рекомендуется к употреблению:

- различные виды каш, с добавлением молока или яичного белка.
- любые (нежирные) овощные, мясные, рыбные супы без добавления кислых продуктов (соленой или свежей капусты, помидоров, маринованных овощей)
- нежирное мясо (мякоть) в вареном или слегка обжаренном виде.
- все виды мяса птиц, включая субпродукты (печень, сердце, желудки и т.д).
- любые овощи и фрукты (не кислые), приготовленные на пару или прошедшие термообработку.

Не рекомендуются

- любые кислые или незрелых овощи и фрукты.
- все кисломолочные продукты, включая молоко,
- масло растительное рафинированное
- яйца.

Из рекомендуемых напитков некрепкий чай, соки ( не кислые) фруктовые напитки с разбавлением водой ( кроме кислых компотов) овощные напитки и соки, разбавленные водой, кофе или какао только в сочетании с молоком.

**Исключить из рациона:**

1. Хлеб и крупы: свежий хлеб из любой муки
2. Крупы: кукурузная, ячневая, пшено; бобовые
3. Супы: молочный, гороховый и фасолевый, пшенный
4. Мясо и рыба: жирное, ограничить употребление баранины и свинины. Исключается копченая и соленая рыба, консервы в маринаде
5. Овощи и фрукты: сырые, квашенные, маринованные и соленые (огурцы, редька, лук), а также грибы и чеснок, грубые и сырые фрукты (малина, красная смородина, крыжовник)
6. Молоко: сычужный сыр, продукты с высокой кислотностью, ограничить употребление сметаны
7. Жир: говяжий, бараний, свиное сало
8. Острые приправы: перец, хрен, острые и жирные соусы, горчица
9. Напитки: газированные, чёрный кофе, пиво, шампанское, квас.

## МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

При обнаружении и постановке диагноза Хронический антральный гастрит, которые вызван инфекцией НР, лечение его предполагает уничтожение микроорганизмов НР в слизистой оболочке желудка.

Согласительное совещание «Маастрихт-4» (2010 г.) ограничило число применяемых схем эрадикации инфекции НР до 5:

**1) Стандартная 3-компонентная терапия.** ИППИ в стандартной дозе 2р./сут + амоксициллин по 1000 мг 2р./сут + кларитромицин 500 мг 2р./сут в течение 14 дней;

**2) 4-компонентная терапия с препаратами висмута** (ИППИ в стандартной дозе 2р./сут + тетрациклин 500 мг 4р./сут + метронидазол 500 мг 3р./сут + висмута трикалия дицитрат 120 мг 4р./сут) в течение 10-14 дней;

**3) Последовательная терапия** (в течение первых 5 дней - ИППИ в стандартной дозе 2р./сут + амоксициллин по 1000 мг 2р./сут, следующие 5 дней - ИППИ в стандартной дозе 2р./сут + кларитромицин 500 мг 2р./сут + метронидазол 500 мг 3р./сут.)

**4) 4-компонентная терапия без препаратов висмута** (ИППИ в стандартной дозе 2р./сут + амоксициллин 1000 мг 2р./сут + кларитромицин 500 мг 2р./сут + еще один антибактериальный препарат, например, метронидазол 500 мг 3р./сут) в течение 10-14 дней.

**5) 3-компонентная терапия с левофлоксацином** (ИППИ в стандартной дозе 2р./сут + амоксициллин 1000 мг 2р./сут + левофлоксацин 500 мг 2р./сут) в течение 10-14 дней.

При комплексном лечении гастрита используются совместное применение антибиотиков и пробиотиков. Благодаря своей устойчивости к кислотной среде, пробиотики оказывают антагонистическое воздействие на *Helicobacter pylori*, конкурируя с ним за питательные вещества и адгезивные рецепторы, а также подавляют рост его метаболитов (летучих жирных кислот, молочной кислоты,

перекиси водорода и пироглутамата). Пробиотики в свою очередь ускоряет выздоровление и восстановление благоприятной среды в желудке.

Среди рекомендуемых Пробиотиком используют «Хелинорм», а также препарат «Бифиформ», применяя по 1 капсуле 2 раза в день на протяжении 2–4 недель. Данные препараты можно применять как отдельно, так и комплексе с другими препаратами в общей сложности до 4х недель применения.

Хелинорм содержит активное вещество, которое обладает специфическим антихеликобактерным действием. Оно помогает уменьшить количество *Helicobacter pylori* в желудке, снизить риск возникновения и развития язвы и гастрита, устранить дискомфорт в желудке и улучшить пищеварение.

Бифиформ включает в себя лактобациллы (*Lactobacillus*), поддерживающие баланс микрофлоры желудка и способствующие здоровью кишечника.

Таким образом, совместное применение этих препаратов позволяет достичь лучших результатов в лечении заболеваний, связанных с *Helicobacter pylori*, и улучшить качество жизни пациентов.

Эффективность висмута трикалия дицитрата (Де-нола) зависит от нескольких факторов:

1. преципитацией на мембране *H. Pylori* с последующим нарушением ее проницаемости и гибелью микроорганизма;
2. подавлением адгезии *H. Pylori* к эпителиоцитам;
3. подавлением подвижности *H. Pylori*;
4. действием на вегетативные и кокковые формы *H. Pylori*;
5. синергизмом в отношении *H. Pylori* с другими антибиотиками (метронидазол, кларитромицин, тетрациклин, фуразолидон).

Висмут и его соли способствует заживлению язв, выступая в качестве барьера для агрессивных факторов и увеличивая защитные факторы слизистой оболочки,

такие как простагландин, эпидермальный фактор роста и секрецию бикарбоната. На сегодняшний день не было зарегистрировано ни одного случая резистентности к висмуту. Также наблюдался синергизм между солями висмута и антибиотиками. Было показано, что устойчивые к метронидазолу и кларитромицину штаммы *H. pylori* становятся восприимчивыми, если их вводить вместе с висмутом. Висмутсодержащая квадротерапия была рекомендована как Вторым консенсусным руководством Азиатско-Тихоокеанского региона, так и Маастрихтским IV/Флорентийским консенсусным отчетом в качестве альтернативы стандартной тройной терапии в регионах с низкой резистентностью к кларитромицину, и рекомендуется в качестве терапевтического варианта первой линии в регионах с высокой распространенностью резистентности к кларитромицину.

Гастрит с дискинетическим типом синдрома диспепсии - это воспалительное заболевание, которое сопровождается нарушением желудочной моторики и перистальтики. Это может привести к симптомам, таким как тошнота, рвота, отрыжка, изжога, повышенное газообразование и боли в животе.

Метоклопрамид и итоприда гидрохлорид — это лекарства, которые улучшают работу желудка и уменьшают симптомы диспепсии. Метоклопрамид активизирует двигательную активность желудка и кишечника, ускоряя перистальтику и улучшая пищеварение.

Итоприд гидрохлорид также улучшает функцию желудка, блокируя рецепторы допамина и усиливая сокращения желудка. Лечение Метоклопрамидом (10 мг 3-4 раза в день за 15 минут до еды), при лечении Итоприд гидрохлоридом (50мг 3 раза в день).

Кроме строгого приема медицинских препаратов под наблюдением врача немаловажно придерживаться диеты и исключить наличие алкоголя и его продуктов, а также курения и крепких напитков..

## ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КИСЛОТООБРАЗУЮЩУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА БЛОКАТОРЫ H<sub>2</sub>-РЕЦЕПТОРОВ

Механизм действия и фармакологические эффекты.

Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов, или антагонисты H<sub>2</sub>-рецепторов (H<sub>2</sub>RA), представляют собой класс средств, подавляющих секрецию желудочной кислоты, которые часто используются при различных желудочных заболеваниях. Они одобрены многими гастроэнтерологами мира для краткосрочного использования при лечении неосложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, желудочной гиперсекреции и легкой или редкой изжоги или расстройства желудка.

Антагонисты H<sub>2</sub>-рецепторов также могут использоваться не по назначению для профилактики язвы желудка, эзофагита, гастрита, желудочно-кишечного кровотечения или крапивницы. Эти препараты также иногда включаются в многокомпонентный режим для эрадикации *Helicobacter pylori*.

Хотя антациды обычно считаются препаратами первой линии при изжоге во время беременности, антагонисты рецепторов H<sub>2</sub> относятся к категории В при беременности без известных тератогенных эффектов и могут использоваться при необходимости. Также было показано, что H<sub>2</sub>RA безопасны для использования у детей и подростков с легкими или нечастыми симптомами изжоги, которые не реагируют на изменение образа жизни.

Общая терапевтическая эффективность H<sub>2</sub>RA во многом зависит от тяжести заболевания желудка, режима дозирования и продолжительности терапии.

В медицинской практике широко используются блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов: ранитидин (150 мг дважды в день), фамотидин (20 мг дважды в день) и низатидин (20 мг дважды в день).

Подавление активности H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов снижает производительность клеток желудка, уменьшая выработку протонов. Это снижает агрессивность содержимого желудка и защищает слизистую оболочку от повреждений.

В качестве побочных эффектов H<sub>2</sub>-блокаторов можно отнести следующие:

1. При их применении могут отмечаться диспепсические расстройства (запоры, диарея, метеоризм).
2. Аллергические реакции (преимущественно в виде крапивницы), которые встречаются сравнительно редко.
3. При длительном применении H<sub>2</sub>-блокаторов (более 8 недель), особенно в высоких дозах, развивается гипергастринемия с последующей гиперплазией энтерохромафинных клеток в слизистой желудка.

## ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

**Механизм действия.** (ингибиторы протонной помпы) ИПП —

это группа препаратов, которые снижают выработку соляной кислоты в желудке, блокируя водородно-калиевую аденозинфосфатазу, также известную как протонная помпа. Они являются наиболее сильными из всех антидиуретиков и широко применяются для лечения различных заболеваний, связанных с повышенной кислотностью желудочного сока. ИПП включают несколько поколений препаратов, таких как эмпразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол и эзомепразол. Они различаются по химическому составу и фармакологическим свойствам, но все действуют как протонные насосы. Применение ИПП снижает кислотность желудочного сока и способствует улучшению состояния пациентов с расстройствами пищеварения, такими как рефлюксная болезнь желудка, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и проказа, такая как синдром Золлингера-Эллисона.

Следует учесть, что использование ИПП должно происходить под контролем специалиста, так как имеются побочные эффекты и противопоказания. Некоторые ИПП подавляют базальную и стимулированную секрецию соляной кислоты, влияют на секрецию жёлчных кислот и ингибируют выделение пепсина.

ИПП, назначаемые с антибиотиками, усиливают антибактериальную активность за счет повышения pH желудка и стабилизации антибиотиков, которые могут разрушаться в кислой среде желудка. ИПП, такие как эзомепразол, ингибируют H<sup>+</sup> и K<sup>+</sup>-АТФазу путем ковалентного связывания с цистеинами вблизи ионных путей. Кроме того, поддержание pH желудка выше 4 или 5 усиливает

антибактериальное действие при эрадикационной терапии *H. pylori*. Однако, поскольку ИПП являются пролекарственными формами слабых оснований с рКа в диапазоне 3,8–4,9, они должны накапливаться на поверхности просвета желудка, где рН составляет около 1,0, и трансформироваться в активированные формы. Такие способы введения могут иметь противоположные эффекты на различные антибиотики. Например, амоксициллин и кларитромицин нестабильны при рН < 2 в желудке, в то время как кларитромицин, скорее всего, будет деградировать. Аналогично, действие антибиотиков может быть замедлено перед едой

**Существует 5 групп ИПП:**

1. Пантопразол (Контралок) 20-40мг 2 раза в день
2. Омепразол (Омез, Ласек, Ультоп) 20мг 2 раза в день, ОМЕЗ ДСР (20 мг + 30 мг - 1 раз в день)
3. Рабепразол (Париет) 20мг 2 раза в день
4. Лансопразол (Ландап) 20мг 2 раза в день
5. Эзомепразол (Нексиум) 20-40мг 1 раз в день.

**Побочные эффекты:** метеоризм, диарея, запор, головокружение, головная боль, артралгии, кожный зуд, тромбоцитопения и лейкопения

## АНТАЦИДНЫЕ СРЕДСТВА

**Механизм действия.** Антациды — это лекарства, используемые для лечения изжоги и расстройства желудка. Антациды нейтрализуют желудочную кислоту, чтобы уменьшить изжогу, кислотность желудка, кислотность и расстройство желудка. Некоторые антациды также содержат симетикон, ингредиент, который помогает организму избавиться от газов. Некоторые антациды содержат ингредиенты, которые могут вызвать диарею, например магний, или запор, например алюминий.

Примеры антацидов включают в себя:

- Гель гидроксида алюминия
- Карбонат кальция (Alka-Seltzer, Tums)
- Гидроксид магния (Магnezийное молоко)
- Гавискон, Гелусил, Маалокс, Миланта, Роландс пепто-бисмол

Антациды не лечат основные причины изжоги и расстройства желудка, в основном продаются без рецепта врача.

Антациды подавляют кислоту и заставят вас быстрее почувствовать себя лучше, но они не лечат слизистую оболочку пищевода. Кислота, вырабатываемая вашим желудком, со временем может разъесть слизистую оболочку пищевода, что может вызвать пищевод Барретта.

## КЛАССИФИКАЦИЯ

Антациды содержат соли минералов, таких как магний, или соединений, таких как карбонат кальция, которые нейтрализуют кислоты в желудке.<sup>7</sup>

Антациды быстро действуют и немедленно снимают симптомы кислотного рефлюкса, особенно изжогу. Их можно использовать при редких эпизодах изжоги, однако существуют различные ограничения на их прием.

Например, у людей с сердечной недостаточностью могут быть ограничения по натрию, чтобы уменьшить накопление жидкости. Однако антациды часто содержат много натрия. Эти люди должны проконсультироваться со своим врачом, прежде чем использовать антациды.

У людей с почечной недостаточностью после приема антацидов может развиваться накопление алюминия. Это может привести к токсичности алюминия. Люди с почечной недостаточностью также склонны иметь проблемы с электролитным балансом. Все антациды содержат электролиты, которые могут усугубить проблемы с электролитным балансом.

У детей обычно не появляются симптомы избытка кислоты в желудке, поэтому их симптомы могут быть связаны с другим заболеванием.

Принято разделять антацидные препараты на несколько категорий:

- всасывающиеся (например, натрия гидрокарбонат, кальция карбонат, магния оксид);
- невсасывающиеся (алюминия гидроокись, алюминия фосфат, магния гидроокись, магния фосфат).

Некоторые антацидные продукты могут нейтрализовать больше кислоты в желудке, чем другие. Способ выражения способности антацида нейтрализовать кислоту — это определение нейтрализующей способности антацида (ANC). ANC выражается в миллиэквивалентах (мЭкв) кислоты, которая нейтрализуется, и она измеряет способность антацида нейтрализовать кислоты (до pH от 3,5 до 4). Согласно требованиям FDA, антацид должен иметь нейтрализующую способность  $\geq 5$  мЭкв на дозу. Наиболее эффективные антациды должны обладать высокой способностью нейтрализации кислоты и быстрыми свойствами нейтрализации желудочной кислоты.

Антациды, такие как бикарбонат натрия и карбонат кальция, обладают наибольшей нейтрализующей способностью, но не применяются в течение длительного времени из-за побочных эффектов. (Пожалуйста, ознакомьтесь с разделами о предупреждениях/мерах предосторожности и побочных эффектах.)

Начало нейтрализующего действия антацида (то, насколько быстро препарат растворяется в желудочной кислоте) различается у разных антацидов.

Антацидные суспензии обычно растворяются легче, чем таблетки или порошки. Однако, если используется таблетированный антацид, рекомендуется тщательно разжевывать таблетки для максимальной эффективности.

Еще одним отличием антацидов является продолжительность действия (как долго препарат продолжает нейтрализовать кислоту в желудке).

Те антациды, которые содержат алюминий, могут вызывать запоры, что не рекомендуется людям с такими расстройствами желудка.

Антациды, содержащие магний, оказывают слабительное действие, что может вызвать диарею, а у пациентов с почечной недостаточностью они могут вызвать

повышение уровня магния в крови из-за сниженной способности почек выводить магний из организма с мочой.

## ПРОКИНЕТИКИ

**Механизм действия.** Прокинетики — это термин, который означает способствовать движению. Некоторые состояния, которые влияют на мышцы и нервы вашего желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), могут вызвать у вас нарушение моторики.. Прокинетики — это лекарства, которые помогают стимулировать ваш желудочно-кишечный тракт, чтобы помочь этому процессу.

Как работают прокинетики?

Как только вы начинаете есть, ваш организм начинает процесс переваривания пищи. Он делает это посредством перистальтики. Перистальтика — это серия волнообразных сокращений, которая перемещает вашу пищу из пищевода в желудок и тонкий кишечник. Эти сокращения помогают вашему организму усваивать питательные вещества из вашей пищи. Перистальтика также является важной частью перемещения вашей пищи в прямую кишку, откуда она может быть выведена в виде отходов.

У вас есть нервы и мышцы, которые участвуют в перистальтике. Расстройства, которые мешают работе этих нервов и мышц, могут вызвать проблемы с этой функцией. Иногда проблема может быть в нижнем пищеводном сфинктере (НПС), пучке мышц в нижней части пищевода. Когда НПС закрыт, он не позволяет содержимому желудка возвращаться обратно в пищевод.

Если ваш LES не работает должным образом, вы можете испытывать кислотный рефлюкс или изжогу. Прокинетики усиливают сокращения мышц LES и помогают стимулировать другие мышечные сокращения во всем желудочно-кишечном тракте.

Что такое прокинетики?

В пищеводе здорового человека глотание вызывает первичную перистальтику. Это сокращения, которые продвигают пищу по пищеводу и через остальную часть пищеварительной системы.

В свою очередь, гастроэзофагеальный рефлюкс провоцирует вторую волну мышечных сокращений, которая очищает пищевод, проталкивая пищу через нижний пищеводный сфинктер (НПС) в желудок.

У некоторых людей нижний пищеводный сфинктер может расслабляться или открываться самопроизвольно, что приводит к обратному забросу содержимого желудка, включая кислоты, в пищевод. Это явление называется кислотным рефлюксом и может вызвать такие симптомы, как изжога.

Сегодня для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и изжоги часто используют прокинетики в сочетании с другими препаратами, такими как ингибиторы протонной помпы (ИПП), антациды или блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов.

Прокинетики могут использоваться для лечения людей, страдающих инсулинозависимым диабетом, а также младенцев и детей со значительным нарушением опорожнения кишечника или тяжелыми запорами, не поддающимися другим методам лечения.

Метоклопрамид — это широко используемый противорвотный препарат, обладающий как холинергическими, так и дофаминергическими свойствами. Известно, что он усиливает моторику желудка посредством нескольких механизмов. Метоклопрамид может усиливать действие ацетилхолина на моторику желудка посредством агонизма рецепторов 5-HT<sub>4</sub> и сенсibilизации мускариновых рецепторов

Домперидон, известный противорвотный препарат, является примером прокинетического средства. Это дофаминергический блокатор, который увеличивает давление нижнего сфинктера пищевода и активирует моторику желудка

В сочетании 2х медицинских препаратов, таких как Метоклопрамид (по 10 мг 3 раза в день) и Домперидон (по 10 мг 3 раза в день) увеличивается тонус нижнего пищеводного сфинктера, усилению сократительной способности кишечника, предотвращению расслабления и ускорению выведения.

## ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

1. Гальванизация и лекарственный электрофорез
2. Ультразвуковая терапия (при гастрите с сохраненной и повышенной секрецией)
3. ДМВ-терапия (при гастрите с повышенной секрецией)
4. Лазерная (магнитолазерная) терапия
5. Индуктотермия (при гастрите с пониженной секрецией)
6. Парафиновые, озокеритовые, грязевые аппликации.

Пациентам с хроническим гастритом с нормальной или повышенной секрецией рекомендуют употреблять гидрокарбонатные минеральные воды через 2–3 часа после еды, например, Боржоми и Железноводск.

## ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Язвенная болезнь —

это хроническое заболевание, характеризующееся образованием глубоких язвенных дефектов в слизистой оболочке и подслизистом слое двенадцатиперстной кишки под воздействием желудочного сока и пепсина. Эта патология поражает мышечный слой желудочного эпителия и может возникать в желудке и проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки. Иногда она затрагивает нижнюю часть пищевода, дистальный отдел двенадцатиперстной кишки или тощую кишку.

Главное отличие между этими двумя болезнями состоит в их расположении: язвенная болезнь влияет на верхние отделы пищеварительного тракта, а язвенный колит — на нижние. Язвенный колит воздействует на внутреннюю оболочку толстой кишки, также называемой толстой кишкой, и на прямую кишку.

. У большинства людей симптомы обычно развиваются со временем, а не внезапно.

## ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЖЕЛУДКА

Желудок — это полый орган, который является частью желудочно-кишечной системы, и он отвечает за такие функции, как образование химуса, синтез белков, необходимых для усвоения витаминов, микробную защиту и распространение перистальтического рефлекса. Вопреки распространенному мнению, желудок не участвует в усвоении каких-либо питательных веществ

Желудок отвечает не только за физическую и химическую обработку пищи, но и за пищеварение. Он также участвует в кроветворении.

Контроль над выработкой кислоты и пепсина связан со сложным балансом химических сигналов, поступающих в слизистую оболочку желудка через различные пути, которые включают стимулирующие и тормозящие механизмы. Секреторные, защитные и лечебные процессы регулируются одними и теми же типами взаимосвязанных нервных, гормональных, паракринных и аутокринных механизмов контроля

Желудочная кислота снижает рН, уничтожает проглоченные микроорганизмы и подавляет рост бактерий в желудке, а также предотвращает кишечные инфекции, такие как *Clostridioides difficile*, и улучшает пищеварение в целом. Кроме того, желудочная кислота может способствовать предотвращению спонтанного бактериального перитонита.

Коллоидный раствор с низкомолекулярными органическими компонентами, такими как белки и липиды, минералы, лейкоциты и отслоившиеся эпителиальные клетки, находится в слизистой оболочке желудка.

Сиаловые кислоты играют важную роль в образовании водонерастворимой пленки на слизистой оболочке желудка, которая обеспечивает защиту слизистой от воздействия соляной кислоты. Однако при определенных обстоятельствах, таких как стресс или применение НПВС, синтез простагландинов может снижаться, что приводит к нарушению целостности слизисто-бикарбонатного барьера.

Соляная кислота проникает в слизистую оболочку, разрушая клетки эпителия и вызывая отёк и кровоизлияния в собственном слое слизистой оболочки желудка. Однако благодаря хорошему кровоснабжению слизистой оболочки, выработке бикарб

оната и высокой способности эпителия к регенерации, желудок способен эффективно защищаться от повреждений. Эти механизмы быстро устраняют избыток ионов водорода, проникающих в клетки.

Различные исследования показали, что у большинства пациентов в нарушении и патологиями желудочно-кишечного тракта нарушается общий приток крови к слизистой оболочке желудка, несмотря на стабильный кровоток в желудке.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Механизм язвенной болезни (ЯБ) возникает в результате дисбаланса между защитными и деструктивными факторами слизистой оболочки желудка. Факторы риска, предрасполагающие к развитию ЯБ:

- Инфекция *H. pylori*
- Использование НПВП
- Наличие Родственных связей с ЯБ

При пептических язвах обычно наблюдается дефект слизистой оболочки, который распространяется на мышечную слизистую оболочку. После повреждения защитного поверхностного слоя слизистой оболочки внутренние слои становятся восприимчивыми к кислотности. Кроме того, нарушается способность клеток слизистой оболочки секретировать бикарбонат.

*H. pylori* колонизирует слизистую оболочку желудка, вызывает воспаление и нарушает секрецию бикарбоната, что повышает кислотность и способствует развитию желудочной метаплазии. Это приводит к ослаблению защитных функций слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки из-за следующих факторов:

- снижение выработки и нарушение качественного состава желудочной слизи;
- уменьшение выделения бикарбонатов (в составе желудочной и панкреатической секреции);
- нарушение регенераторных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки;
- ухудшение кровоснабжения и уменьшение содержания простагландинов в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

Микроорганизм *H. pylori* играет решающую роль в повышении агрессивности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Он вызывает язвы, которые обычно располагаются на малой кривизне желудка и в луковице двенадцатиперстной кишки. Язвы имеют округлую или овальную форму с гладким основанием. Острые язвы характеризуются ровными краями, а хронические — приподнятыми краями с воспалением. Язва распространяется за пределы мышечной оболочки слизистой оболочки. При диагностике язвенной болезни необходим не только физический осмотр пациента, но и произвести тщательный анамнез и отметить наличие любых осложнений..

## КЛАССИФИКАЦИЯ

Единой общепринятой классификации язвенной болезни не существует. В зависимости от нозологической самостоятельности выделяют язвенную болезнь и симптоматические гастродуоденальные язвы. Также существует классификация язвенной болезни, связанная и не связанная с бактерией *H. pylori*

### КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

#### По этиологии

Ассоциированная с *H.pylori*.

Не ассоциированная с *H.pylori*.

#### По локализации

Язвы желудка:

- кардиального и субкардиального отделов;
- тела;
- антрального отдела;
- пилорического канала;

Язвы двенадцатиперстной кишки:

- луковицы;
- залуковичного отдела (внелуковичные язвы)

Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

#### По типу язв

- Одиночные
- Множественные

#### По размеру (диаметру) язв

Малые, диаметром до 0,5 см

Средние, диаметр 1-0,5 см

Большие, диаметр 2,9-1,1 см

Гигантские, диаметр 3 см и более

— для язв желудка, более 2 см

— для язв двенадцатиперстной кишки

*H. pylori*, в стадии обострения, рецидивирующее течение. Рубцово-язвенная деформация луковицы.

Язвенная болезнь: язва с локализацией по малой кривизне тела желудка, ассоциированная с инфекцией *H. pylori*, диаметром 2,5 мм, обострение с сниженной секреторной функцией.

Язвенная болезнь: язва с локализацией в пилорическом отделе желудка, ассоциированная с инфекцией *H. pylori*, диаметром 1,5 см рецидивирующее течение, в стадии обострения с сохраненной секреторной функцией. Эрозивный антральный гастрит. Компенсированный рубцово-язвенный стеноз выходного отдела желудка.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Симптомы язвенной болезни могут варьироваться в зависимости от местоположения и возраста пациента. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки можно отличить по времени возникновения симптомов, связанных с приёмом пищи. Ночные боли часто встречаются при язве двенадцатиперстной кишки. Люди с обструкцией выходного отверстия желудка обычно жалуются на вздутие живота и/или дискомфорт от переполнения

- Боль в эпигастральной области живота
- Вздутие живота
- Переполнение живота
- Тошнота и рвота
- Потеря веса/набор веса
- Гематемезис
- Мелена

К общим признакам и симптомам относятся:

Предупреждающие симптомы или симптомы тревоги, которые должны побудить к срочному обращению, включают:

- Непреднамеренная потеря веса
- Прогрессирующая дисфагия
- Явное желудочно-кишечное кровотечение
- Железодефицитная анемия
- Повторяющаяся рвота
- Семейный анамнез злокачественных новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Сезонные обострения болей и диспептических нарушений, таких как расстройства пищеварения весной и осенью, типичны для язвенной болезни. Во время обострения пациенты могут терять вес, потому что, несмотря на хороший аппетит, они часто избегают приёма пищи из-за страха усиления болей.

У пациентов с различными отклонениями работы организма, например с нарушением работы почек, связанным с использованием НПВП, не было выявлено клинических симптомов, так же как и у остальных пациентов.

При лёгком течении ревматоидного артрита периоды обострений сменяются периодами ремиссии. Этот процесс может продолжаться от 3 до 4, 6 или 8 недель. В редких случаях ремиссия может длиться несколько месяцев или лет.

Могут возникнуть осложнения, такие как:

. Среди них:

1. Кровотечение
2. Перфорация и пенетрация язвы
3. Развитие перивисцерита
4. Формирование рубцово-язвенного стеноза привратника
5. Малигнизация язвы

## ДИАГНОСТИКА

Анамнез заболевания включает информацию о развитии болезни, условиях жизни пациента, перенесённых заболеваниях, операциях, травмах, беременностях, хронической патологии, аллергических реакциях и наследственности.

При наличии таких данных врачу намного легче правильно поставить диагноз, оценить частоту рецидивов и развившиеся осложнения.

Сезонность обострений указывает на время года, когда у пациента наиболее часто возникают обострения заболевания. Это может быть связано с изменением образа жизни, питания или другими факторами. Наследственность также играет важную роль в развитии язвенной болезни. Если у ближайших родственников пациента были случаи язвенной болезни, это повышает вероятность её развития у него самого.

Сбор информации о сезонности обострений и наследственности помогает врачу определить факторы риска для пациента и разработать индивидуальный план лечения и профилактики заболевания. Это позволяет снизить риск развития осложнений и улучшить качество жизни пациента.

### *Физикальное обследование.*

При физикальном обследовании пациента с обострением язвенной болезни выявляются следующие признаки: локальная болезненность в эпигастральной или пилородуоденальной области при пальпации, умеренное сопротивление мышц передней стенки живота и локальная ограниченная перкуторная болезненность с напряжением — симптом Менделя. Также могут наблюдаться симптомы Лайнека, Боаса и Опенковского, проявляющиеся через боли в эпигастрии при пальпации поперечных и остистых отростков XI–XII грудных позвонков.

**Лабораторные исследования** при клинической оценке гематологических злокачественных новообразований включают общий анализ крови, исследование функции печени, определение уровней амилазы и липазы, а также анализ кала на скрытую кровь.

овь (реакция Грегерсена). Эти анализы помогают выявить патологические изменения в организме и определить наличие злокачественных процессов.

Изучение влияния кислотности желудка на его работу предполагает внутривенное введение веществ или измерение уровня рН. Повышенный уровень кислотности связан с язвами двенадцатиперстной кишки. Диагностика и определение гистаминорезистентной ахлоргидрии помогают обнаружить аппендицит, что в дальнейшем может поставить под сомнение различные причины болей в животе.

### **Инструментальные исследования.**

Компьютерная томография брюшной полости с контрастным усилением обладает ограниченной эффективностью в выявлении самой язвенной болезни (ЯБ), однако она полезна для обнаружения её осложнений, таких как перфорация и обструкция выходного отверстия желудка. Язвенные дефекты могут быть обнаружены с использованием рентгенографии или эндоскопии. Рентгенологическое исследование обнаруживает характерный признак язвы —

симптом «ниши», представляющий собой тень контрастного вещества, заполняющая язвенную полость. Форма язвы видна в профиль (контурная «ниша») или анфас на фоне складок слизистой оболочки («рельеф ниши»).

### ***Фиброэзофагогастродуоденоскопия***

***(ФЭГДС)***

Более информативные методы позволяют выявить дефекты ран и отслеживать процесс их заживления. Рана(

язва) на острой стадии имеет круглую форму и покрыта снизу фибриновой плёнкой.

Преимущественно её цвет —

жёлтый. Область вокруг очага поражения характеризуется повышенной васкуляризацией и гипертрофией с эритематозным фиброзом. Края раны приподняты и гладкие, рубец ровный. Вокруг раны возникают воспалительные кисты.

Заживление раны происходит при нормализации кровяного давления, снижении интенсивности воспалительного процесса и уменьшении глубины раны. Биопсия краёв

и дна раны выявляет изменения в инфильтрации лимфатических узлов с сохранением эластичности мышц, которые остаются неподвижными даже после выздоровления.

### **Диагностика НР.**

Для этого используются следующие методы:

1. Биохимические методы:
  - 1.1. быстрый уреазный тест
  - 1.2. аммонийный дыхательный тест
2. Морфологические методы:
  - 2.1. гистологический метод - выявление НР в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка
  - 2.2. гистологический метод - выявление НР в слое пристеночной слизи желудка
3. Бактериологический метод с выделением чистой культуры и определением чувствительности к антибиотикам
4. Иммунологические методы:
  - 4.1. выявление антигена к НР в кале (слюне, зубном налете, моче)
  - 4.2. выявление антител к НР в крови с помощью иммуноферментного анализа.
5. Молекулярно-генетические методы:
  - 5.1. полимеразная цепная реакция (ПЦР) для изучения биоптатов слизистой оболочки желудка: ПЦР проводится для верификации штаммов *H. pylori* (генотипирование), в том числе молекулярно-генетических особенностей, определяющих степень их вирулентности и чувствительности к кларитромицину.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Несмотря на наличие эффективных методов лечения, язвенная болезнь (ЯБ) остается одним из основных заболеваний в мире, возникающих в результате сочетания персистирующей инфекции *Helicobacter pylori* и широкого применения нестероидных противовоспалительных препаратов. Хотя эндоскопия, безусловно,

является основным диагностическим методом, пациенты, поступающие в отделения неотложной помощи с необъяснимой болью в животе, обычно проходят мультиспиральную КТ в качестве первоначального обследования. Хотя поверхностные язвы обычно остаются незаметными, тщательная интерпретация мультипланарной КТ может позволить обнаружить глубокие язвы, вторичные стеночные и экстралюминальные признаки пептического гастродуоденита, тем самым позволяя своевременно провести эндоскопическую проверку и соответствующее лечение.

ЯБ продолжает оставаться серьезной глобальной проблемой здравоохранения, которая затрагивает примерно 10% населения мира из-за совокупного эффекта постоянных эпидемий ЯБ в странах с низким уровнем дохода и медицинской культуры.

Эндоскопия верхних отделов пищеварительного тракта, безусловно, является основным диагностическим методом ЯБДПК, но она инвазивна и часто невыполнима в экстренных случаях, если нет подозрения на желудочно-кишечное кровотечение. В результате многие пациенты с неизвестной ЯБДПК поступают в отделения неотложной помощи с необъяснимым острым животом и обычно проходят мультidetекторную КТ. Поскольку перфорированные гастродуоденальные язвы представляют собой наиболее распространенную причину спонтанного пневмоперитонеума, предположение о наличии скрытой ЯБДПК относительно просто, когда рентгенологи сталкиваются со свободным воздухом в верхней части живота или перитонитом без КТ-признаков дивертикулита толстой кишки и масс пищеварительного тракта.

Наоборот, из-за широко распространенного мнения, что КТ не играет никакой роли в обнаружении неосложненной ЯБДПК, большинство неперфорированных язв пропускают при первичной интерпретации КТ. К сожалению, если нет клинического подозрения на ЯБДПК, эндоскопию можно не проводить в течение нескольких дней или недель после КТ, что дает время для развития осложнений. Хотя поверхностные язвы, как правило, незаметны, тщательная интерпретация мультипланарной КТ и

внимание к тонким муральным и экстралюминальным признакам могут позволить диагностировать неперфорированную ЯБДПК проспективно. Предположение о возможности неожиданной ЯБДПК может позволить запланировать раннюю эндоскопию для диагностического подтверждения и своевременного начала соответствующего лечения с помощью аспирации через назогастральный зонд, внутривенного введения жидкостей и эрадикации НР «тройной терапии»

Язвенную болезнь следует отличать от симптомов язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которые могут быть вызваны другими заболеваниями или специфическими этиологическими факторами. Симптомы язвенной болезни обычно возникают внезапно, сопровождаются спонтанными кровотечениями или перфорацией желудочно-кишечного тракта, и характеризуются различными клиническими проявлениями, такими как обострения, сезонность и частота обострений.

Два прямых признака ЯБДК включают очаговую прерывистость гиперконтрастирования слизистой оболочки, которая отражает заболевание, достигающее мышечной оболочки слизистой оболочки, и выявление выпячивания просвета: последнее соответствует язвенному кратеру, который простирается через гастродуоденальную стенку и за ее пределы.

Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не переоценить диагноз пептического гастродуоденита: в сжатом желудке кажущееся гипоаттенуирующее утолщение стенки может напоминать характерные признаки острой ЯБДПК, но прерывается в месте спазмов. Парадуоденальный панкреатит характеризуется перидуоденальными воспалительными изменениями от легкой «мутной» тяжести до инфильтрации поджелудочно-двенадцатиперстной борозды, образующей массу.

Дивертикулы двенадцатиперстной кишки, часто встречающиеся у пожилых людей и обычно расположенные медиально на переходе между нисходящей и горизонтальной частями, следует отличать от язвенных выпячиваний.

Для определения характера язвы используют эндоскопическое ультразвуковое исследование и гистологическое исследование образцов ткани. Чтобы избежать ложноотр

ицательных результатов, биопсию следует повторять до полного заживления, беря не менее трёх-четырёх образцов ткани при каждом исследовании.

## ЛЕЧЕНИЕ

### **Цели лечения:**

Купирование болевого и диспепсического синдромов

Заживление язвы

Эрадикация НР для предотвращения рецидивов заболевания и профилактики его обострений

При осложненном течении заболевания - борьба с осложнениями и устранением опасности для жизни больного

Существует несколько различных видов медикаментозной терапии, помогающих снизить кислотность желудочного сока и обволакивать язвы:

Антациды нейтрализуют желудочную кислоту. Недостатком является то, что для их эффективности требуется относительно большая доза, и они могут вызывать нежелательные побочные эффекты, такие как диарея.

Блокаторы гистамина (H<sub>2</sub>) снижают кислотность желудка, блокируя рецепторы H<sub>2</sub>. Эти препараты снижают секрецию кислоты и являются относительно безопасным вариантом лечения.

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) — это препараты, которые блокируют три основных пути выработки кислоты. ИПП подавляют выработку кислоты гораздо эффективнее, чем блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов. ИПП являются золотым стандартом в медикаментозной терапии язвенной болезни.

Лекарственные средства для защиты и укрепления слизистой оболочки желудка

Антибиотики для лечения *H. pylori*, если он обнаружен

Осложнения язвенной болезни

Три основных осложнения лечения язвенной болезни:

- Кровотечение (чрезмерное кровотечение)
- Перфорация/пенетрация, вызванная прожиганием язвой стенки желудка
- Обструкция выходного отверстия желудка, или пилоростеноз, возникает при сужении привратника. Привратник — это отверстие из желудка в тонкую кишку.

## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**Вот основные принципы лечебного питания при язвенной болезни:**

1. Создание максимального покоя для слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Исключение продуктов, усиливающих выработку кислоты и ферментов в желудке.
3. Исключение продуктов, механически раздражающих слизистую оболочку желудка, вся пища даётся в протёртом виде.
4. Противопоказаны обильные разовые приёмы пищи.
5. Частое и дробное питание — приём пищи через каждые 3–4 часа небольшими порциями.
6. Исключение слишком холодной или горячей пищи (температура пищи должна быть равна 45–55 °С).
7. Ограничение поваренной соли.
8. Высокая питательная ценность рациона, достаточное количество белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов, особенно А, В и С.

**Пациентам с язвенной болезнью запрещены следующие продукты:**

1. Мясные, рыбные и крепкие вегетарианские бульоны, особенно грибные.
2. Жирные сорта мяса и рыбы, жареное мясо и рыба.
3. Тугоплавкие жиры (говяжий, свиное сало, бараний жир).
4. Сырая непротёртая растительная клетчатка.
5. Острые закуски, консервы, колбаса.
6. Сдобное тесто, пироги, чёрный хлеб.
7. Очень холодные напитки, мороженое.
8. Алкогольные напитки.
9. Солёные блюда.

**Пациентам с язвенной болезнью разрешены следующие продукты:**

1. Хлеб: белый пшеничный, выпечка предыдущего дня или подсушенный — 40 г в день, а также сухари.
2. Супы: крупяные, протёртые, молочные с измельчённой вермишелью или домашней лапшой.
3. Яйца: всмятку или в виде парового омлета, не более 3 яиц в день.
4. Молоко и молочные продукты: молоко, сливки, свежая некислая сметана, свежий некислый творог. Чай с молоком — 1 стакан.
5. Блюда из мяса и птицы: мясо нежирных сортов (говядина, телятина, курица и др.), свежее, свободное от сухожилий и жира, в отварном или паровом виде (котлеты, кнели, фрикадели, суфле, шпоре, рулеты). Периодически разрешается жёсткое мясо в отварном виде куском.
6. Блюда из рыбы: различные нежирные сорта рыбы, лучше речной (щука, судак, окунь), в отварном, паровом, рубленном виде и куском.
7. Блюда и гарниры из овощей: картофель, морковь, свёкла, тыква, кабачки, белые в виде пюре, паровых пудингов без корочки.
8. Блюда и гарниры из круп и макаронных изделий: крупа манная, гречневая, овсяная, перловая, рисовая, каши варёные на воде с добавлением молока, полужидкие. Вермишель и макароны в отварном виде.
9. Жиры: сливочное масло 15–20 г в чистом виде и 20–25 г для приготовления блюд, растительное — 25–30 г. Общее количество жиров в диете не должно превышать 100–110 г. Следует учитывать, что 40 г животного жира содержится в продуктах, включённых в рацион.
10. Ягоды: сладкие сорта (клубника, малина, земляника).
11. Фрукты: мягкие, сладкие и не вяжущих сортов в варёном, протёртом или запечённом виде.

12. Сладкие блюда: крем, желе, кисели, протёртые компоты из сладких сортов ягод и фруктов.

13. Соусы: белые, молочные (бешамель).

14. Витамины: сырые овощные и некислые ягодные соки, отвар шиповника и пшеничных отрубей.

Исследования показывают, что диета с высоким содержанием клетчатки снижает риск развития язвенной болезни. И нерастворимые, и растворимые волокна способствуют этому, но более заметная связь наблюдается между диетами с высоким содержанием растворимой клетчатки и снижением риска развития язвы.

Продукты с высоким содержанием растворимой клетчатки включают овёс, шелуху семян подорожника, бобовые, семена льна, ячмень, орехи, а также некоторые овощи и фрукты, такие как апельсины, яблоки и морковь.

Результаты исследования, в котором приняли участие 47 806 мужчин, продемонстрировали, что употребление пищи, богатой витамином А, может снизить риск развития язвы двенадцатиперстной кишки. Аналогичным образом, диета с большим количеством фруктов и овощей также способствует снижению риска заболевания, возможно, благодаря высокому содержанию в них клетчатки.

Проспективное когортное исследование предполагает наблюдение за определённой группой людей (когортой) в течение определённого периода времени для изучения влияния различных факторов на результаты. Однако для подтверждения полученных результатов требуются дополнительные исследования, так как в таких исследованиях могут учитываться другие факторы, способные повлиять на результаты.

Исследования на животных показывают, что витамин А увеличивает выработку слизи в желудочно-кишечном тракте. Нарушенная защита слизистой оболочки может привести к развитию язв. Поэтому витамин А может оказывать защитное действие против развития язвенной болезни.

Хорошими источниками витамина А являются печень, морковь, брокколи, сладкий картофель, капуста, шпинат и листовая капуста.

## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

### АНТАЦИДНЫЕ СРЕДСТВА

Антациды могут снижать кислотность желудка и двенадцатиперстной кишки в течение длительного времени, если принимать их в значительных количествах после еды, однако лечебный эффект довольно высок. Клиническое впечатление убедительно свидетельствует о том, что антациды снимают боль при язве желудка, но объективного подтверждения этому нет.

Некоторые антациды сочетаются с альгинатом [нерастворимым веществом, которое увеличивает поверхностное натяжение жидкости], образуя соединение, которое плавает в желудочном соке, защищая пищевод от воздействия кислоты.

Они обычно доступны в виде жевательных таблеток, которые следует тщательно разжевывать перед проглатыванием. Для жидкостей тщательно встряхните перед употреблением. Принимайте антацид после еды для более эффективного снятия боли. Распространенные побочные эффекты включают запор и диарею.

Таблетки антацида действуют медленно и обладают меньшей нейтрализующей способностью, чем жидкая форма антацида. Таблетки необходимо разжевывать, и они могут плохо взаимодействовать с желудочной кислотой. Для большинства удобство таблеток намного перевешивает эти небольшие недостатки.

#### **В группе антацидных препаратов выделяют:**

- всасывающиеся (например, натрия гидрокарбонат, кальция карбонат, магния оксид), которые в настоящее время не используются;
- невсасывающиеся — алюминия гидроокись (МНН: алгелдрат), алюминия фосфат, магния гидроксид, магния фосфат, которые назначаются через 1,5–2 часа после еды.

## **Невсасывающиеся антациды**

Невсасывающиеся антациды снижают протеолитическую активность желудочного сока, связывая пепсин и повышая уровень pH, кроме этого они, образуя определенный защитный барьер, обладают защитными свойствами, защищая от лизолецитина и желчных кислоты. Частым побочным эффектом таких антацидов является трудное усваивание и запоры.

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) — это препараты, которые блокируют три основных пути выработки кислоты. ИПП подавляют выработку кислоты гораздо эффективнее, чем блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов. ИПП являются золотым стандартом в медикаментозной терапии язвенной болезни.

## **ЭРАДИКАЦИОННАЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ**

Основной метод противорецидивного лечения язвенной болезни включает антихеликобактерную терапию с использованием тройной схемы эрадикации, рекомендованной IV Маастрихтской конференцией (Флоренция, 2010). Эта схема включает омепразол (20 мг 2 раза в день), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки) в течение 14 дней.

**Кларитромицин** — это новый макролидный антибиотик, который, как известно, очень эффективен в уничтожении *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

**Омепразол** — ингибитор протонной помпы, используемый для лечения и контроля нескольких состояний, включая неосложненную изжогу, язвенную болезнь желудка, гастроинтестинальную рефлюксную болезнь, синдром Золлингера-Эллисона, множественные эндокринные аденомы, системный мастоцитоз, эрозивный эзофагит, язвы желудка и инфекцию *Helicobacter pylori*.

## **Амоксициллин** —

это антибиотик широкого спектра действия, который эффективен против грамположительных и грамотрицательных бактерий. Его рекомендуют принимать по 1000 мг два раза в день на протяжении 14 дней.

**Метронидазол** воздействует на анаэробные микроорганизмы и простейшие, восстанавливая 5-нитрогруппу в их клетках. Затем восстановленная нитрогруппа связывается с ДНК микроорганизмов, что подавляет синтез их нуклеиновых кислот и вызывает гибель бактерий.

**Тетрациклин** оказывает бактериостатическое воздействие, нарушая процесс образования комплекса между транспортной РНК и рибосомой, что препятствует синтезу белка.

**ция IV Маастрихтской конференции предлагает несколько вариантов дальнейшей терапии. Третья линия терапии (терапия «спасения») заключается в определении чувствительности к антибиотикам и применении одной из схем тройной терапии (10 дней):**

1. Омепразол (20 мг 2 р/сут) + Амоксициллин (1000 мг x 2 р/сут) + Левофлоксацин (250 мг x 2 р/сут) — следует учитывать растущую резистентность к левофлоксацину.
2. Омепразол (20 мг 2 р/сут) + Амоксициллин (1000 мг x 2 р/сут) + Фуразолидон (200 мг x 2 р/сут).
3. Омепразол (20 мг 2 р/сут) + Амоксициллин (1000 мг x 2 р/сут) + Рифампицин (150 мг x 2 р/сут).

**Для профилактики обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и их осложнений рекомендуют два вида терапии:**

**Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе.**

**Ранитидин 150 мг 1 раз в день или Омепразол 20 мг 1 раз в день.**

**Профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая приём одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе при проявлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни, в течение 2–3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель.**

**Если симптомы не исчезают или рецидивируют, провести гастроскопию с исследованием на НР.**

## ГАСТРОПРОТЕКТОРЫ

Мизопростол -это лекарственное средство используется для профилактики язвы желудка во время приема НПВП (таких как аспирин , ибупрофен , напроксен ), особенно если у вас есть риск развития язвы или у вас есть язва в анамнезе.

Мизопростол —  
мощный ингибитор желудочной секреции и защитник слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от повреждений, вызванных алкоголем, аспирином, напроксеном и толметином. Этот синтетический аналог метилового эфира простагландина E1 (PGE1) снижает риск серьёзных осложнений язвы, таких как кровотечение, благодаря способности уменьшать количество кислоты, контактирующей со слизистой оболочкой желудка. В медицинской практике используют коммерческое название препарата Сайтотек.

Сукральфат —  
это лекарственный препарат, который часто используют для профилактики и лечения различных патологий желудочно-кишечного тракта, таких как язва двенадцатиперс

тной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, стрессовые язвы и диспепсия.

Сукральфат показал себя как хорошо переносимый и безопасный препарат. Он продается под многими торговыми марками и доступен как в форме таблеток, так и в форме суспензии. Он был одобрен FDA в 1982 году в форме таблеток, а в 1994 году — в форме суспензии.

Коллоидный субцитрат висмута (CBS) демонстрирует, по крайней мере, такую же эффективность, как и антагонисты гистаминовых H<sub>2</sub>-рецепторов, при лечении язвенной болезни.

Однако CBS имеет преимущество в виде более медленных показателей рецидива язвы по сравнению с антагонистами H<sub>2</sub>. Этот эффект может быть частично обусловлен антибактериальными свойствами CBS против *Campylobacter pylori*, бактерии, которая тесно связана с гастритом и обнаружена в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки у большинства пациентов с язвенной болезнью. Однако роль *C. pylori* в этиологии язвенной болезни остаётся неясной. Механизм, с помощью которого CBS заживляет язвы, до конца не изучен, но, возможно, включает образование комплекса гликопротеин-висмут *in vitro*, который обеспечивает защитное покрытие в язвенном кратере и стимулирует выработку простагландина E<sub>2</sub>. Назначают CBS по 120 мг 4 раза в день курсом 2–4 недели.

### **БЛОКАТОРЫ H<sub>2</sub> – РЕЦЕПТОРОВ**

Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов — это лекарственные препараты, действие которых направлено на уменьшение количества желудочной кислоты, выделяемой железами слизистой оболочки желудка. Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов применяются для:

- Облегчить симптомы кислотного рефлюкса или гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Это состояние, при котором пища или жидкость перемещается из желудка в пищевод (трубка ото рта к желудку).
- При Лечении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

## ПРОКИНЕТИКИ

Прокинетики — это лекарственные препараты, которые регулируют моторно-эвакуаторную функцию желудка и кишечника, а также применяются при тошноте и рвоте. Они улучшают координацию моторики желудочно-кишечного тракта и перемещение содержимого по нему, усиливая и координируя сокращение мышц желудочно-кишечного тракта.

Существует несколько типов прокинетиических агентов, в том числе:

**Холинергические агонисты.** Эти препараты воздействуют на нейротрансмиттер ацетилхолин, который является частью вашей парасимпатической нервной системы (ПНС). Нейротрансмиттеры передают сообщения по нервным клеткам. Одна из функций ПНС — контроль вашего пищеварения. Прокинетиические агенты этого класса включают бетанехол, который использовался для лечения изжоги и гастропареза — состояния, вызывающего частичный паралич желудка.

Бетанехол больше не используется для этой цели из-за его побочных эффектов. Неостигмин и пиридостигмин — два других холинергических агониста, которые все еще используются при определенных состояниях, замедляющих перистальтику, таких как синдром Огилви и псевдообструкция.

**Антагонисты дофамина.** Метоклопрамид и домперидон — два типа прокинетиических антагонистов дофамина . Они работают, связываясь с рецепторами дофамина, которые являются типом нейромедиатора, и блокируя их. Метоклопрамид , который продавался под торговой маркой Реглан, используется для лечения гастропареза и изжоги.

Домперидон не одобрен для использования в США без специального разрешения FDA. Существуют серьезные риски, связанные с домперидоном, включая аномальные сердечные ритмы , сердечный приступ и даже внезапную смерть.

**Серотонинергические агонисты.** Серотонинергические агонисты работают, активируя рецепторы серотонина , которые являются другим типом нейромедиатора. Цизаприд , пруклоприд и тегасерод являются примерами лекарств,

которые работают таким образом. К сожалению, цизаприд и тегасерод были связаны с серьезными сердечными рисками. Из-за этого они были сняты с рынка.

Прукалоприд используется для лечения запоров, которые не поддаются другим методам лечения. Он не показал сердечных побочных эффектов, которые были у цизаприда и тегасерода.

Макролиды. Это антибиотики, которые также действуют как прокинетические агенты. Азитромицин и эритромицин, как было показано, помогают при гастропарезе. Однако существуют проблемы, связанные с длительным применением антибиотиков. Из-за проблем с устойчивостью к антибиотикам следует избегать использования макролидов в качестве прокинетических агентов.

## СПАЗМОЛИТИКИ

Желудочно-кишечные спазмолитики — это лекарственные препараты, используемые для лечения спазмов мышц желудочно-кишечного тракта, которые могут возникать при таких заболеваниях, как синдром раздраженного кишечника (сокращенно СРК), желчная колика и панкреатит.

Наиболее часто используемые желудочно-кишечные спазмолитики включают антимускариновые препараты, такие как дицикломин, который можно принимать перорально, а также гиосциамин, который можно принимать перорально и сублингвально.

После введения эти препараты связываются с мускариновыми рецепторами на гладких мышцах желудочно-кишечного тракта. В результате они блокируют связывание ацетилхолина с этими рецепторами, что в конечном итоге снижает сокращение гладких мышц и снимает спазм.

При применении таких спазмолитики возможны различные побочные эффекты, такие как нарушения зрения, сухость во рту, снижение потоотделения, задержка мочи и запор, более редкие случаи наличия нарушения работы сердца и головокружения.

Деротверин- спазмолитик широкого спектра, блокирует фермент фосфодиэстеразу, что приводит к повышению уровня цАМФ и дезактивации лёгкой цепи миозина киназы, способствуя расслаблению гладкой мускулатуры. Он снижает поступление ионизированного активного кальция в гладкомышечные клетки благодаря ингибированию фосфодиэстеразы и внутриклеточному накоплению цАМФ. Препарат быстро и полностью всасывается в желудочно-кишечном тракте, его биодоступность составляет около 100 %, а период полуабсорбции — 12 минут. Деротверин равномерно распределяется по тканям и проникает в гладкомышечные клетки. Он выводится из организма через почки.

Деротверин значительно и надолго расширяет гладкую мускулатуру внутренних органов и сосудов, снижая артериальное давление и увеличивая минутный объём сердца. Препарат практически не влияет на вегетативную нервную систему и не проникает в центральную нервную систему.

Гиосцина бутилбромид (скополамина бутилбромид) [Бускопан/Бускапина] является спазмолитическим препаратом, показанным для лечения боли в животе, связанной со спазмами, вызванными желудочно-кишечными (ЖКТ) спазмами.

Его антихолинергическое действие оказывает расслабляющий/спазмолитический эффект на гладкие мышцы. Блокада мускариновых рецепторов в желудочно-кишечном тракте является основой для его использования при лечении боли в животе, вторичной по отношению к спазмам. Гиосцина бутилбромид также связывается с никотиновыми рецепторами, что вызывает эффект ганглиоблока. Несколько фармакокинетических исследований на людях последовательно продемонстрировали низкую системную доступность гиосцина бутилбромида после перорального приема, при этом концентрации препарата в плазме, как правило, были ниже предела количественного определения.

Согласно оценке почечной экскреции, биодоступность гиосцина бутилбромида обычно составляет менее 1 %.

Однако из-за высокой степени сродства к мускариновым рецепторам тканей, гиосци

на бутилбромид остаётся активным в месте своего действия в кишечнике, оказывая местный спазмолитический эффект.

Гастроэнтерологи рекомендуют принимать по 10 мг препарата три раза в течение 7–10 дней. Возможные побочные эффекты включают сухость во рту и раздражение кожи.

## ФИЗИОТЕРАПИЯ

При язвенной болезни используют следующие физиотерапевтические методы:

- импульсные токи низкой частоты по методике электросна;
- импульсное и непрерывное электрическое поле УВЧ диапазона;
- синусоидальные модулированные токи;
- интерференцтерапия;
- низкочастотное магнитное поле;
- ультразвуковая терапия;
- лазеротерапия;
- питьевые минеральные воды;
- бальнеогрязелечение;
- криомассаж.

Методы физиотерапии благоприятно влияют на секреторную и моторную органов пищеварения функции, также повышают резистентность слизистой оболочки.

## САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Немаловажное значение при лечении язвенной болезни является курортно-санаторное лечение, включающее в себя не только специальные лечебно-профилактические процедуры, но и правильное питание, правильный

распорядок дня и отсутствие стресса и раздражителей, что является 100% залогом успешного выздоровления.

Противопоказания

- Противопоказан при всех заболеваниях в острой фазе.
- Рубцовое сужение пищевода и кишечника с нарушением проходимости
- Язвенная болезнь, осложненная пилоростенозом, повторные кровотечения, имевшие место в течение предыдущих 8-10 месяцев, пенетрация язвы желудка, подозрение на канцерогенез язвы желудка
- Болезнь Золлингера-Эллисона
- Полипы желудка
- Болезнь Менетрие (гипертрофический гастрит)
- Язвенный колит
- Полип или полипоз кишечника
- Кровотокающий геморрой.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Хронический панкреатит —

это заболевание поджелудочной железы, при котором паренхима поджелудочной железы замещается фиброзной соединительной тканью вследствие повторяющихся эпизодов воспаления.

Постановка точного раннего диагноза может быть сложной, поэтому важно распознавать факторы риска развития хронического панкреатита (например, алкоголь, курение, генетические факторы и т. д.) и способы максимизации пользы от различных исследований визуализации. Заболевание чаще встречается у мужчин и обычно развивается у лиц в возрасте от 30 до 40 лет. Сначала хронический панкреатит можно спутать с острым панкреатитом, поскольку симптомы схожи.

## ЭТИОЛОГИЯ

Этиологические факторы хронического панкреатита следующие:

1. Наследственный панкреатит – вызван мутациями в гене трипсинагена (PRSS1)
2. Муковисцидоз (МВ) – вызван мутациями в трансмембранном регуляторе проводимости муковисцидоза (МВТР).
3. Атипичный муковисцидоз – вызван легкими мутациями в гене CFTR, которые могут поражать только поджелудочную железу.
4. Аутоиммунный панкреатит – вызванный атакой иммунной системы на поджелудочную железу.
5. Тяжелый острый панкреатит — вызван разрушением поджелудочной железы в результате тяжелого приступа с панкреонекрозом.
6. Алкоголь и курение. Эти виды поведения, по-видимому, являются факторами риска и обычно не вызывают хронический панкреатит..
7. Закупорка протока поджелудочной железы или общего желчного протока
8. Семейный панкреатит (наследуется в семье — у двух или более ближайших родственников в анамнезе был панкреатит)
9. Во многих случаях врачи не могут найти причину панкреатита. Это называется идиопатический панкреатит.

## ПАТОГЕНЕЗ

В настоящее время считается, что развитие хронического панкреатита является результатом патологии, включающей ацинарные, протоковые и звездчатые клетки поджелудочной железы. Наше текущее понимание патогенеза исходит из экспериментальных моделей животных, а также эпидемиологических и генетических исследований на людях.

За последние несколько десятилетий появились четыре выдающиеся теории патогенеза хронического панкреатита: токсическо-метаболическая теория, гипотеза окислительного стресса, теория обструкции камнями и протоками и гипотеза некроза-фиброза. Хотя эти традиционные теории сформулированы на основе убедительных научных наблюдений, для каждой из них также существуют существенные противоречивые данные. Более того, основные предпосылки некоторых из этих теорий прямо противоречат друг другу. Благодаря недавнему научному прогрессу в области базовой генетической, клеточной и молекулярной патофизиологии, были достигнуты существенные успехи в понимании патогенеза хронического панкреатита

Мясо, жирная и острая еда, а также избыточное потребление пищи могут повысить вероятность возникновения развития хронического панкреатита и развитие диабета. Однако это связано не только с обильными количествами еды, но и с неправильным питанием, особенно с несбалансированным рационом или определёнными видами нарушений пищеварения, когда организм не способен усваивать белки и так далее.

### **Классификация хронического панкреатита:**

1. Морфологические признаки:
  - отёчный;
  - паренхиматозный;
  - фиброзно-склеротический (индуративный);
  - гиперпластический (псевдотуморозный);
  - кистозный.
2. Клинические проявления:
  - болевой вариант;
  - гипосекреторный;
  - астеноневротический (ипохондрический);
  - латентный;
  - сочетанный.
3. Характер клинического течения:
  - редко рецидивирующий;
  - часто рецидивирующий;
  - персистирующий.
4. Этиология:
  - билиарнозависимый;
  - алкогольный;
  - дисметаболический (сахарный диабет, гиперпаратиреоз, гиперхолестеринемия, гемохроматоз);
  - инфекционный;
  - лекарственный;
  - идиопатический.

#### **Осложнения:**

- нарушения оттока желчи;
- портальная гипертензия (подпечёночная форма);
- инфекционные (холангит, абсцессы);
- воспалительные изменения (абсцесс, киста, парапанкреатит, «ферментативный холецистит», эрозивный эзофагит, гастродуоденальные кровотечения, синдром Мэллори-Вейса, пневмония, выпотной плеврит, острый респираторный дистресс-синдром, паранефрит, острая почечная недостаточность);
- эндокринные нарушения (панкреатогенный сахарный диабет, гипогликемические состояния)

## СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

**Преклиническая** стадия характеризуется отсутствием клинических симптомов в заболевания, но при УЗИ выявляются характерные для хронического панкреатита изменения.

**Начальные** проявления включают частые обострения хронического панкреатита, развитие постоянной симптоматики и выраженный болевой синдром. Возникают признаки экзокринной и эндокринной недостаточности.

**Конечная** стадия отличается атрофией поджелудочной железы, экзокринной и эндокринной недостаточностью, которая проявляется стеатореей, потерей массы тела и сахарным диабетом.

## ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- **Болезненная форма** характеризуется интенсивной болью, которая возникает или усиливается после приема пищи. Эта боль настолько сильна, что пациенты отказываются от еды. Она может распространяться в поясничную область или иррадиировать по поясничному типу, затрагивая область желудка, подреберье и поясницу. У некоторых пациентов боль постоянная, но менее выраженная.
- **Гипосекреторная форма** развивается при хроническом панкреатите, когда нарушается ферментативная функция поджелудочной железы, что затрудняет переваривание пищи. Пациенты страдают от метеоризма, урчания в животе и диареи. Основные симптомы снижения секреторной функции поджелудочной железы - стеаторея (жирный стул), сниженная концентрация эластазы в кале и полифекалия (увеличение частоты стула). По мере прогрессирования заболевания ухудшается усвоение жиров и жирорастворимых витаминов, что может привести к дефициту питательных веществ (трофологической недостаточности) и истощению организма (алиментарной дистрофии, подобной квашиоркору). Гипосекреторная форма связана не только с нарушениями экзокринной функции, но и с эндокринной дисфункцией, которая может привести к развитию сахарного диабета.
- **Латентная форма:** Если симптомы хронического панкреатита обнаруживаются только с помощью УЗИ или КТ брюшной полости, это может указывать на раннюю стадию заболевания.
- **Смешанная форма:** Сочетание болей и нарушений пищеварения является наиболее распространенным проявлением хронического

## КЛИНИКА

Клинические проявления острого панкреатита включают три основных симптома: боли в животе, проблемы с пищеварением и эндокринные нарушения (например, непереносимость глюкозы или развитие сахарного диабета). Кроме этого могут наблюдаться трофические изменения, воспалительные процессы, ферментная зависимость, аллергические реакции и ограничения в питании.

В среднем боли начинаются или усиливаются в течении 40–60 минут после приёма пищи, более выраженные боли после приема острой, жирной или жареной. В положении лёжа на спине боль усиливается, но при сидении и небольшом наклоне вперёд она уменьшается. Боль может иррадиировать в область сердца, левую лопатку и левое плечо, имитируя стенокардию.

### Вот основные типы болей:

1. **Панкреатические боли:** связаны с воспалительным процессом в паренхиме поджелудочной железы, возникают из-за протоковой гипертензии и функционального расстройства сфинктера Одди панкреатического типа, а также из-за дуоденальной гипертензии с нарушением функции кишечника (СРК-подобные нарушения).
2. **Боли**, связанные со сдавливанием нервных окончаний: носят постоянный характер, локализуются в центре эпигастрия, иррадиируют в спину и не зависят от приёма пищи. Купируются анальгетиками
3. **Боли**, развившиеся из-за обструкции панкреатических протоков: связаны с повышением давления в протоках, приступообразные, возникают во время или сразу после приёма пищи, нередко сопровождаются тошнотой и рвотой, которая не приносит облегчения. Эти боли уменьшаются после приёма спазмолитиков и препаратов, снижающих панкреатическую секрецию.
4. **Боли**, возникающие из-за вовлечения в воспалительный процесс нервных окончаний: носят постоянный характер, иррадиируют в спину. Купируются только сильными анальгетиками. При сдавлении общего жёлчного протока (отёк, фиброз, киста поджелудочной железы или стеноз большого дуоденального сосочка) боли локализуются в правом верхнем квадранте живота иррадиируют в правую лопатку и усиливаются после еды.

**При осмотре пациента с хроническим панкреатитом могут наблюдаться следующие симптомы:**

1. **Болезненность в зоне Шоффара** — определение болезненности в треугольнике, образованном линией от пупка вверх (6 см) и линией, соединяющей пупок с передним краем подмышечной впадины. Этот симптом возникает при поражении головки поджелудочной железы.
2. **Болезненность в зоне Губергрица-Скульского** — определение болезненности в симметричном треугольнике слева. Болезненность в этой зоне характерна для поражения тела железы.
3. **Болезненность в точке Мэйо-Робсона** — определение болезненности в точке смыкания наружной и средней рети линии, соединяющей пупок со серединой левой рёберной дуги. Болезненность в этой точке характерна для поражения хвоста поджелудочной железы.
4. **Болезненность в точке Губергрица** — определение болезненности на 5–6 см выше пупка по линии, соединяющей его с вершиной левой подмышечной области. Возникает при поражении тела и хвоста поджелудочной железы.
5. **Болезненность в точке Дежардена** — определение болезненности в симметричной точке справа. Выявляется при локализации воспаления в головке поджелудочной железы.
6. **Симптом Воскресенского** — отсутствие пульсации брюшной аорты.
7. **Симптом Ортнера** — болезненность при поколачивании по левой рёберной дуге.
8. **Симптом Гротта** — атрофия подкожной жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы на брюшную стенку.
9. **Френикус-симптом левосторонний** — болезненность при надавливании между ножками *m. Sternocleidomastoideus* слева.
10. **Симптом Тужилина** — мелкие ярко-красные пятна правильной формы, располагающиеся преимущественно на коже спины, верхних отделов живота и нижних отделах грудной клетки.

Экзокринная недостаточность поджелудочной железы наблюдается примерно у трети пациентов. У таких людей возникают проблемы с перевариванием и всасыванием пищи, а также увеличивается количество микроорганизмов в кишечнике. Экзокринная недостаточность возникает при снижении выработки ферментов поджелудочной железы, а недостаточность поджелудочной железы — при накоплении ферментов без их поступления и работы в кишечнике.

Поджелудочная железа испытывает фактическую недостаточность из-за повреждения и разрушения ацинарных клеток, а постепенная недостаточность связана со снижением интрадуоденального рН ниже 5,5, что делает ферменты неактивными.

Нарушения пищеварения затрудняют усвоение питательных веществ и химуса пищи. Дефицит ферментов возникает из-за интенсивного роста бактерий в тонком кишечнике, что приводит к потере питательных веществ, снижению рН кишечника и недостатку жёлчи и энтерокиназы, которые необходимы для активации ферментов и метаболизма жиров.

Экзокринная недостаточность поджелудочной железы приводит к нарушению переваривания и всасывания, что вызывает такие симптомы, как боли в животе, диарея, тошнота, рвота, одышка, жидкий стул, снижение аппетита и потеря веса. Также могут наблюдаться признаки гиповитаминоза.

В результате метаболических нарушений происходит быстрое снижение массы тела, а также развиваются глубокие полиорганные нарушения, такие как жировой гепатоз, кардиомиопатия, полигландулярная недостаточность, иммунодефицит и прогрессирующая мышечная атрофия.

У трети пациентов с хроническим панкреатитом наблюдаются нарушения углеводного обмена, и только у половины из них развиваются клинические симптомы сахарного диабета. Это связано с поражением клеток островков Лангерганса, которое приводит к дефициту инсулина и глюкагона

## ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Когда секреция липазы и протеазы снижается до  $< 10\%$  от нормы, у пациента развивается мальабсорбция, характеризующаяся стеатореей, выделением жирного стула или даже капель масла, которые плавают в воде и которые трудно смываются. В тяжелых случаях также могут наблюдаться недоедание, потеря веса и мальабсорбция жирорастворимых витаминов (А, D, Е и К).

Непереносимость глюкозы может возникнуть в любое время, но явный сахарный диабет (панкреатогенный диабет) обычно возникает на поздних стадиях хронического панкреатита.

Другие осложнения хронического панкреатита включают:

- Образование псевдокист
- Обструкция желчного протока или двенадцатиперстной кишки
- Разрыв (отсоединение) протока поджелудочной железы (приводящий к асциту или плевральному выпоту)
- Тромбоз селезеночной вены (может вызвать варикозное расширение вен желудка)
- Псевдоаневризмы артерий около поджелудочной железы или псевдокисты

У пациентов с хроническим панкреатитом увеличен риск развития аденокарциномы поджелудочной железы, и этот риск наиболее высок у тех, кто страдает наследственным и тропическим панкреатитом.

**Гиповолемический шок** — опасное состояние, которое случается, когда вы внезапно теряете много крови или жидкости из организма. Это снижает объем крови, количество крови, циркулирующей в организме. Вот почему его также называют

шоком низкого объема.

Гиповолемический шок — это опасная для жизни чрезвычайная ситуация. Кровь помогает поддерживать постоянную температуру тела, образует сгустки крови и переносит кислород и питательные вещества ко всем клеткам. Если объем крови станет слишком низким, ваши органы не смогут продолжать работать.

Наиболее распространенной причиной гиповолемического шока является потеря крови при разрыве крупного кровеносного сосуда или при серьезной травме. Это называется геморрагическим шоком.

**Стеноз общего желчного протока** встречается у 30% пациентов с хроническим панкреатитом. Большинство таких стенозов обнаруживаются случайно во время ЭРХПГ, но другие проявляются как обструктивная желтуха, рецидивирующий холангит, вторичный билиарный цирроз или холедохолитиаз.

Хирургическое дренирование было основным методом лечения пациентов с хроническим панкреатитом, несмотря на возможные риски.

С медицинской точки зрения, это проявляется желтухой. Симптомы включают боль и диспепсию (тошноту и рвоту), которые усиливаются после еды. Абсцессы поджелудочной железы характеризуются некрозом и инфекционным поражением паренхимы органа. Они проявляются лихорадкой, учащённым сердцебиением, усилением болей в животе, напряжением мышц живота и увеличением количества лейкоцитов.

Панкреатический асцит возникает, когда протоки поджелудочной железы разрываются из-за высокого давления. Это может привести к желудочно-кишечным кровотечениям, связанным с синдромом Мэллори-Вейсса, язвенной болезнью, эрозивным гастритом, раком желудка или осложнениями этих заболеваний, такими как панкреатит с тромбозом селезёночной вены и разрывом псевдокист и кист в поджелудочной железе.

## ДИАГНОСТИКА

Диагностика хронического панкреатита основывается на обнаружении кальци

фикатов в поджелудочной железе, аномалий на панкреатограмме, связанных с утолщением главного панкреатического протока или расширением боковых ответвлений, а также на результатах теста на секретинную функцию поджелудочной железы.

Хронический панкреатит легко определяется при наличии паренхиматозных кальцификаций или внутрипротоковых камней, видимых на рентгенограмме брюшной полости, компьютерной томографии или при проведении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Эти данные также легко обнаружить с помощью эндоскопического ультразвукового исследования (ЭУС). Однако у некоторых пациентов с симптомами, характерными для хронического панкреатита, результаты визуализации могут быть нормальными или неинформативными.

Во время обострения хронического панкреатита клинический анализ крови может показать лейкоцитоз и увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Биохимический анализ крови демонстрирует повышение уровня билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы, снижение общего белка и изменения в коагулограмме. Если присутствует заболевание, концентрация амилазы увеличивается через 2–12 часов после начала обострения, достигает максимума через сутки и превышает норму более чем в 5 раз.

Чтобы определить внешнесекреторную недостаточность, используются специальные методы, такие как определение концентрации панкреатической эластазы-1 в кале и проведение копрологического исследования. За 2–3 дня до анализа необходимо прекратить приём лекарств, влияющих на пищеварение и моторику желудочно-кишечного тракта, и соблюдать особую диету Шмидта-Страбургера, содержащую не менее 70–80 граммов жира и 200 граммов мяса в день.

3. Обед: 125 г рубленой говядины, слегка поджаренной на 20 г сливочного масла, 250 г картофельного пюре с 100 мл молока.
4. Полдник: 0,5 л молока (какао, чай), 50 г белой булки.
5. Ужин: 0,5 л слизистого овсяного отвара, 10 г сливочного масла, 250 мл молока, 1–2 яйца, 50 г белого хлеба с маслом.

Внешнесекреторная недостаточность выражается в избыточном количестве кала (более 400 грамм в день) с изменённой консистенцией и запахом. Анализ фекалий показывает повышенное содержание нейтрального жира (стеаторея), что является начальным признаком недостатка секреции. Увеличение числа мышечных волокон (10 и больше в поле зрения) в кале (креаторея) говорит о позднем признаке недостаточности поджелудочной железы. Совпадение стеатореи и креатореи указывает на тяжёлое состояние панкреатической недостаточности.

Крахмал гидролизуется благодаря высокой активности амилазы кишечника, поэтому нарушение этого процесса маловероятно. Для определения инкреторной недостаточности поджелудочной железы проводится глюкозотолерантный тест.

## **ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

Лабораторные анализы, помогающие диагностировать панкреатит, включают следующее:

**Анализ крови.** Медицинский работник может взять у вас образец крови и отправить его в лабораторию для проверки на

- высокий уровень амилазы и липазы — пищеварительных ферментов, вырабатываемых поджелудочной железой
- высокий уровень глюкозы в крови, также называемый сахаром в крови
- высокий уровень жиров в крови, называемых липидами
- признаки инфекции или воспаления желчных протоков, поджелудочной железы, желчного пузыря или печени
- рак поджелудочной железы

**Анализ кала.** Ваш врач может провести анализ кала, чтобы выяснить, есть ли у человека нарушение всасывания жира.

## Тесты визуализации

Медицинские специалисты также используют визуализационные тесты для диагностики панкреатита. Техник проводит большинство тестов в амбулаторном центре, больнице или кабинете врача.

**Ультразвук.** Ультразвук использует устройство, называемое преобразователем, которое отражает безопасные, безболезненные звуковые волны от ваших органов, чтобы создать изображение их структуры. Ультразвук может обнаружить желчные камни.

**Компьютерная томография (КТ).** КТ создает изображения поджелудочной железы, желчного пузыря и желчных протоков. КТ может показать панкреатит или рак поджелудочной железы.

**Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ).** МРХПГ использует аппарат магнитно-резонансной томографии (МРТ), который создает изображения ваших органов и мягких тканей без рентгеновских лучей. Ваш врач или специалист может использовать МРХПГ для осмотра поджелудочной железы, желчного пузыря и желчных протоков на предмет причин панкреатита.

Двупальцевая контрастная рентгенография позволяет обнаружить изменения в желудке и двенадцатиперстной кишке, такие как деформации, вдавленные участки и другие аномалии. Ретроградная холангиопанкреатография применяется для оценки состояния протоков поджелудочной железы. ЭРХПГ, ЭУЗИ и МРХПГ обычно проводятся в специализированных медицинских учреждениях.

Примеры формулировок диагноза хронического панкреатита:

характер, с фазой обострения и нарушением внешнесекреторной функции. Имеется осложнение в виде кисты головки поджелудочной железы.

- Хронический индуративный панкреатит, с болевой формой, характеризуется частыми рецидивами и обострениями. Сопутствующее заболевание - постхолецистэктомический синдром (холецистэктомия в 2009 году).
- Хронический лекарственный панкреатит, в латентной форме, имеет редкое рецидивирующее течение, с периодами ремиссии

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Основная трудность в дифференциальной диагностике хронического панкреатита (ХП) заключается в различении его от панкреатической протоковой аденокарциномы (ППА). 1–3 Различные типы ХП, особенно алкогольный, наследственный, аутоиммунный и парадуоденальный панкреатит, 4 могут очень сильно напоминать ППА как клинически, так и морфологически. В то время как в образцах резекции поджелудочной железы эта проблема может быть окончательно решена путем тщательного рассмотрения всех критериев, характеризующих ППА и ХП, в небольших образцах биопсии (т. е. образцах, полученных с помощью толстоигольной биопсии) и замороженных срезах различение этих двух заболеваний является одной из самых сложных задач, с которыми может столкнуться хирург-патолог.

Если не в запущенной или терминальной стадии, как это обычно бывает в образцах резекции, ткань поджелудочной железы неравномерно рубцоватая при ХП алкогольного или наследственного происхождения. Это рубцевание может преобладать в одной части ткани, в то время как в другой дольковая паренхима может все еще сохраняться. Кроме того, при ХП часто обнаруживаются камни в главном панкреатическом протоке и/или во вторичных протоках. Наконец, он может сопровождаться псевдокистами, которые обычно являются экстрапанкреатическими. Если есть стеноз общего желчного протока, он имеет сужающийся вид. При аутоиммунном панкреатите, который часто фокусируется на головке поджелудочной железы и внепеченочном желчном протоке, 6 фиброз поражает ткань поджелудочной

железы более равномерно и делает различие с опухолью еще более трудным. Более того, камни и псевдокисты также отсутствуют. При парадуоденальном панкреатите фиброзные и кистозные изменения сосредоточены на стенке двенадцатиперстной кишки и в бороздке между двенадцатиперстной кишкой и поджелудочной железой.

Хронический панкреатит обычно определяется на основе клинических признаков и результатов различных исследований, особенно на поздних стадиях заболевания. Чтобы не спутать острый панкреатит от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также различных хронических заболеваний кишечника, необходимо придать особое внимание на определённые симптомы и результаты обследований.

Симптомы язвенной болезни включают: анамнез, боль во время еды, изжогу, тошноту, периодичность и изменения в стуле. Большинство заболеваний кишечника связаны с нарушением работы поджелудочной железы. Для точной диагностики используются рентгенологические, эндоскопические и бактериологические методы исследования.

Эпигастральный систолический шум может указывать на абдоминальный ишемический синдром, а селективная ангиография помогает выявить стеноз чревного ствола или верхней брыжеечной артерии.

## ЛЕЧЕНИЕ

Принципы лечения хронического панкреатита включают следующие аспекты:

- устранение этиологического фактора, включая отказ от алкоголя и восстановление проходимости протоков;
- соблюдение диеты;
- купирование болевого синдрома и осложнений;
- коррекция экзокринной и эндокринной недостаточности (патогенетическая терапия).

Принципы лечения включают восстановление проходимости протоков для оттока панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку. В случае обострения рекомендуется голодание в течение первых 3–

5 дней для снижения секреции поджелудочной железы. Затем следует постепенно выходить из голодания и придерживаться низкокалорийной углеводной диеты, состоящей из овсяной или рисовой каши на воде, макаронных изделий, картофельного пюре и молочного киселя на обезжиренном молоке. Через 3–

5 дней можно постепенно вводить нежирные сорта мяса, рыбы и супы на вторичном бульоне. Важно полностью исключить продукты, богатые кальцием (молоко, сыр, творог) и жиры.

Из меню рациона необходимо исключить убрать твёрдую, кислую, жареную пищу, острые, стимулирующие выработку желудочного сока продукты, газированные напитки, алкоголь, пиво, свежие огурцы, помидоры, грибы и орехи, а также любые спиртные и газированные напитки.

Дробное питание подразумевает сокращение потребления жиров до 80 грамм в день, при этом 75% из них должны быть растительными маслами, а 25% — животными жирами. Размер одной порции не более 300–350 грамм, количество приемов пищи 4-5 в день. Количество белка должно быть в диапазоне 100–150 грамм, а углеводов — 500 грамм и больше. (подробнее см. Таблица 3)

Таблица 3 ДИЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Можно	Продукты	Нельзя
Слизистые супы из разрешенных круп, сваренные на овощном бульоне, можно супы-пюре	Супы	Борщ, окрошка, свекольник, рыбный бульон, щи, солянка, рассольник, харчо, Супы на мясном бульоне
Нежирные виды мяса (телятина, говядина, кролик, филе индейки, курица). Можно кушать в вареном и запеченном виде	Мясо и птица	Жирные сорта мяса. Колбасные изделия. Жареное мясо и птица. Сало
Рыба нежирных сортов (судак, треска, окунь) в отварном виде или как суфле	Рыба	Консервы. Рыба жирных сортов, копченая, соленая
Сваренные на воде каши из гречневой, овсяной, манной крупы, риса. Каши вязкие, разваренные. Допустимы пудинги и запеканки из этих круп.	Крупы	Бобовые, перловка, пшено, кукурузная крупа
Подсушенный вчерашний хлеб. Галетная выпечка, макароны из твердых сортов пшеницы	Мучные продукты	Свежий хлеб. Сдобная и свежая выпечка. Слоеное тесто. Блинчики, оладьи, пирожки
Нежирное молоко, творог, йогурт, сыр	Молочные продукты	Жирный творог, кислый творог, жирные и острые сыры, мороженое, сливки
Огурцы, помидоры, морковь, капуста, зелень - можно употреблять сырые. Свекла, морковь, кабачок, цветная капуста, картофель, лук	Овощи	Соленые, квашеные овощи. Сырой лук. Чеснок, редис, шавель, грибы, шпинат

При наличии болей у пациентов медицинскими работниками назначают ферменты без желчных кислот (например, Креон или Эрмиталь) для снижения панкреатической секреции. Затем длительность терапии и дозу препарата определяют в зависимости от функционального состояния поджелудочной железы.

#### КОРРЕКЦИЯ ЭКЗОГЕННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В современном мире на рынке медицинских препаратов существуют различные множество препаратов, способных устранить болевые симптомы, а также улучшить уровень жизни больных пациентов, к таким можно отнести:

- |   |
|---|
| 1. Препараты пепсина, получаемого из экстрактов слизистой оболочки желудка (абомин, ацидин-пепсин, пенсидил).   |
| 2. Препараты, содержащие только панкреатин (эрмиталь, креон, панкреатин, панцитрат, мезим-форте, мезим 10). Побочные эффекты при их назначении встречаются редко и проявляются диареей. |
| 3. Комбинированные препараты, в состав которых наряду с панкреатином входят жёлчные кислоты, гемицеллюлоза (фестал, дигестал, энзистал, панзинорм).                                     |
| 4. Ферментные препараты с повышенным содержанием протеаз (виоказе, кузим, котазим).   |
| 5. Ферменты, получаемые из растений и грибов (пепфиз, озара).   |
| 6. Тонкокишечные ферменты, содержащие лактазу (тилактаза).  |

Препараты первой и второй групп считаются наиболее универсальными для нормализации работы пищеварительной системы и могут использоваться в комплексной терапии. Препараты панкреатина не влияют на моторику желудка, печени, желчевыводящей системы и кишечника и уменьшают секрецию панкреатического сока (препараты с высоким содержанием протеаз). Препараты панкреатина различаются по активности липазы и содержат 10 000, 20 000, 36 000 и 40 000 ЕД, что позволяет индивидуализировать ферментную терапию при коррекции пищеварительных процессов при экскреторных пороках поджелудочной железы различной степени тяжести.

Желчные кислоты (ЖК) помогают усваивать жиры и участвуют в регулировании уровня глюкозы и метаболизма, стимулируя секрецию кишечных гормонов. Однако относительная значимость и механизмы, связанные со стимуляцией ЖК секреции гормонов, отвечающих за аппетит и метаболизм, из кишечника и поджелудочной же

лезы, пока изучены недостаточно.

Перистальтика кишечника и желчного пузыря активируются благодаря ЖК.

Эффективность лечения зависит от формы выпуска препарата. Панкреатин, Креон и Эрмитал представлены в виде драже или таблеток диаметром 5 мм и более, а также желатиновых капсул, которые распадаются в желудке на микротаблетки.

Чтобы ферменты печени функционировали должным образом, необходимо выбрать подходящее лекарство, правильную дозу и регулярно заниматься физическими упражнениями. Основные направления разработки противомикробных препаратов включают аутоиммунные заболевания, которые могут быть аутоиммунными, аутоиммунными или аутоиммунными. Полная недостаточность поджелудочной железы возникает из-за уменьшения объема ацинарной ткани в результате атрофии, фиброза или неоплазии.

Относительная недостаточность поджелудочной железы может быть вызвана следующими причинами:

1. Нарушение поступления панкреатических ферментов в двенадцатиперстную кишку.
2. Падение интрадуоденального уровня pH ниже 5,5, при котором происходит инактивация ферментов.
3. Моторные расстройства двенадцатиперстной и тонкой кишки, нарушающие смешивание ферментов с пищевым химусом.
4. Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке, приводящий к разрушению ферментов и снижению интракишечного уровня pH.
5. Дефицит желчи и энтерокиназы, ответственных за активацию липазы и трипсиногена.

Показания к назначению ферментных препаратов при хроническом панкреатите:

- устранение болевого синдрома,
- устранение симптомов диспепсии,
- заместительная терапия при внешнесекреторной недостаточности.

Препараты с клетчаткой снижают болевые ощущения в органах тела и суставах, потому что замедляют активность волокон. Попав в жёлчный пузырь, волокна взаимодействуют с холецистокинином, подавляют его выработку и останавливают синтез. В результате уменьшается производство белков.

Волокнистые препараты не только восполняют недостаток ферментов для пищеварения, но и снижают активность желудочно-кишечного тракта, что приводит к уменьшению размеров желудочно-кишечного тракта из-за замедления процессов. Это облегчает воспаление.

При выборе ферментных препаратов необходимо руководствоваться степенью недостаточности поджелудочной железы и индивидуальными особенностями пациента. Для комфортного процесса пищеварения при тяжёлой секреторной недостаточности хронической формы панкреатита необходимо получать 20 000–30 000 единиц липазы при каждом приёме пищи. Это соответствует одной капсуле препарата «Креон», пяти таблеткам «Мезим форте» или одной капсуле «Пангрол».

Таблица 4

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Название	Мезим форте	Панкур-мен	Фестал	Панзин-норм	Панцитрат	Креон	Эрми таль
Липаза	3500МЕ	875МЕ	6000МЕ 10000МЕ	6000МЕ	25000МЕ	10000 25000 40000	10000 25000 3600ЕД
Протеазы	250МЕ	63МЕ	450МЕ +1500МЕ химотрипсин	450МЕ-трипсин 1500МЕ-химотрипсин	1250МЕ	450МЕ	400ЕД
Амилаза	4200МЕ	1050МЕ	7500МЕ	7500	22500МЕ	9000МЕ	5500ЕД
Прочие			Компоненты Желчи)0,025( Гемоцеллю-лёза)0,09(	Компо ненты желчи (0,0135)			

Препараты ферментов поджелудочной железы различаются по содержанию ферментов липазы, амилазы и протеазы и традиционно маркируются в зависимости от их липазной активности.

Эффективный препарат «Эрмиталь» должен хорошо перемешиваться с химусом, противостоять инактивации желудочным соком, опорожняться из желудка одновременно с питательными веществами и быстро высвободить ферменты в проксимальном отделе тонкой кишки. Современные препараты панкреатических ферментов представляют собой чувствительные к рН гранулы с энтеросолюбильным покрытием, которые защищают ферменты от желудочной кислотности. ...

«Эрмиталь» выпускается в трёх вариантах с разной липазной активностью: 10 000, 25 000 и 36 000 единиц действия. Благодаря этому можно подобрать оптимальное лечение для коррекции пищеварения при различных заболеваниях. Необходимые дозы ферментов уменьшают боли, предотвращают метеоризм, улучшают консистенцию стула и существенно снижают содержание нейтральных жиров, крахмала и мышечных волокон в кале.

Ферментный препарат «Панкреафлат» содержит пеногасители (симетикон или диметикон), которые эффективно устраняют метеоризм. Чтобы снизить секрецию поджелудочной железы, рекомендуется употреблять щелочные негазированные минеральные воды, например, «Боржоми». Перед сном можно принимать блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов, такие как ранитидин, квамател или фамотидин, или ингибиторы протонной помпы (омепразол) в стандартных дозах. Из антацидных препаратов лучше выбирать те, которые содержат гидроксид алюминия, например, «Маалокс» или «Смекту» (диосмектит).

### **НОРМАЛИЗАЦИЯ МОТОРИКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

При гипермоторных нарушениях желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки и спользуют спазмолитики (например, Метеоспазмил, Бускопан, Но-шпу). При гипомоторных нарушениях используют прокинетики (Сульпирид, Домперидон, Ганатон). Для нормализации функции сфинктера Одди назначают спазмолитики: Одестон (Гемикромон) по 200–400 мг три раза в день или пинаверия бромид по 200 мг три раза в день в течение 2–4 недель. В качестве побочных эффектов наблюдается различные проблемы с печенью, высыпания на коже, временные расстройства желудка

### **ДЕКОНТАМИНАЦИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Селективная деконтаминация двенадцатиперстной кишки — это

профилактическая стратегия, направленная на предотвращение или искоренение избыточного роста бактерий в кишечной флоре, который предшествует развитию большинства инфекций в отделении интенсивной терапии. Деконтаминация предотвращает серьезные инфекции, снижает смертность, экономически эффективен, не имеет побочных эффектов, и его краткосрочное или долгосрочное использование не связано с каким-либо значительным увеличением устойчивости к противомикробным препаратам. СДТ является одним из наиболее широко оцениваемых вмешательств у пациентов в критическом состоянии, однако его применение не получило широкого распространения.

## НОРМАЛИЗАЦИЯ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ (ДЕКОНТАМИНАЦИЯ)

У большинства пациентов с диагнозом «хронический панкреатит» отмечается повышенная активность кишечных бактерий. Для решения этой проблемы в рамках анализа кала на дисбактериоз используются о пределённые схемы.

### **Схема 1**

Эрсефурил (Нифуроксазид) по 1 капсуле 4 раза в день в течение 1 недели, Энтерол 250 мг 2 раза 7-10 дней или Рифаксимин 200 мг 2 табу 3 натошак 7 дней 10 дней.

Пробиотики: Флоросан Д, Линекс, Бифиформ, Пробиолог.

Пребиотик: Бактистатин 400 мг 2 раза в день в течение 2 месяцев.

Синбиотик: Максилак 1 капсула в день в течение 2 недель.

### **Схема 2**

Метронидазол 500 мг 3 раза по 7 дней.

После антибактериальной терапии больного переводят на про- и пребиотики.

Пробиотики: бифиформ (по 1 капс. 2 раза в день), бифидумбактерин (по 1 табл. 2 раза в день), лактобактерин (5-10 доз 4 раза в день) курс 4 недели.

Пребиотики: Хилак-Форте (60 капсул 3 раза в день), Бактистатин (400 мг 2 раза в день), Максилак 1 капсула в день воскресенье.

## **ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

1. Стриктура или обтурация протока камнем
2. Панкреатические кисты и псевдокисты
3. Абсцессы
4. Билиарная гипертензия.

## **ФИЗИОЛЕЧЕНИЕ**

В настоящее время недостаточно доказательств для рекомендации физической активности для популяции пациентов с хроническим панкреатитом. Однако, учитывая доказательства в поддержку физической активности при многих других хронических заболеваниях, физиолечение подчеркивает необходимость срочного исследования физической активности как вмешательства для этой конкретной популяции пациентов.

Во время отпуска пациенты с нормальной гематологической активностью могут пройти различные санаторно-курортные и иммунотерапевтические процедуры. Основное лечение заключается в использовании розовой воды. Положительное воздействие на организм оказывает питьевая вода с низким и средним уровнем щёлочности, содержащая карбонаты, минеральные ионы, серебро, кальций и цинк, например, «Славяновская», «Смирновская» и «Ессентуки №4». Вода действует как форма физической активности и релаксации. Она уменьшает запоры в кишечнике, оказывает антиаппетитное действие.

Грязелечение может быть полезным для людей с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы и сопутствующими проблемами с пищеварением, такими как хронический панкреатит, синдром раздражённого кишечника, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и другие. Грязелечение улучшает кровоток, снимает воспаление и боль, а также восстанавливает функции поджелудочной железы и других органов пищеварения. Однако перед началом грязелечения необходимо проконсультироваться с врачом, чтобы определить возможные противопоказания и выбрать наиболее подходящую терапию.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Хронический холецистит —

это воспаление жёлчного пузыря, которое сопровождается нарушением его моторной функции и иногда образованием камней. Он проявляется болью и тяжестью в правом подреберье, тошнотой, рвотой, сухостью и горечью во рту.

Чаще всего хронический холецистит вызывается повторными приступами острого (внезапного) холецистита. Большинство этих приступов вызваны камнями в желчном пузыре.

Заболевание чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Чаще встречается после 40 лет. Противозачаточные таблетки и беременность являются факторами, повышающими риск образования желчных камней.

Основные компоненты желчи представлены в таблице 5.

Таблица 5

### **ФУНКЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЖЕЛЧИ**

Компоненты желчи		
Компоненты желчи	Функции в кишке и билиарном тракте	Примечание
Желчные кислоты (холевая, хенодезоксихолевая)	Активация моторной функции и пищеварительного тракта включает выделение холецистокинина, секретина, стимуляцию секреции слизи и предупреждение адгезии частиц (бактерий, белковых компонентов и других веществ) к эпителию слизистой оболочки благодаря сурфактантным свойствам желчных кислот. Это служит индуктором желчеобразования.	Улучшают пищеварение и усвоение жирорастворимых витаминов. Оказывают бактериостатическое действие.
Глутатион	Индуктор желчеобразования, не зависящий от желчных кислот,	Желчные кислоты поступают в желчь в восстановленном состоянии и в виде конъюгатов. Гидролиз происходит при участии ГГТП в билиарных протоках.
Фосфолипиды	Синтез холестерина Защита эпителия билиарного тракта	Формируют ядро смешанных мицелл желчи. Уменьшают цитотоксичность желчи в отношении билиарного эпителия.

Иммуноглобулины А	Бактериостатический эффект	Транспортируются из плазмы крови в желчь холангиоцитами
Иммуноглобулины М	Бактериостатический эффект	Образуются В-клетками в печени и секретируются в желчь
Слизь	Предупреждает бактериальную адгезию к слизистой оболочке билиарного тракта	Секретируется перидуктулярными железами

Общий желчный проток проходит через поджелудочную железу и соединяется с двенадцатиперстной кишкой возле большого сосочка. На конце протока расположен сфинктер Одди с расширенной мышечной стенкой. Сокращение желчного пузыря происходит благодаря холецистокинину, который вырабатывается в ответ на приём пищи. Регуляция потока желчи зависит от разницы давлений между желудком и пищеводом, перистальтической активности желчного пузыря Одди, также обусловленой холецистокинином, что приводит к сокращению желчного пузыря и расслаблению сфинктера Одди.

### **ЖЕЛЧЬ И ЕЕ РОЛЬ В ПИЩЕВАРЕНИИ**

Желчь — это желтовато-зеленая пищеварительная жидкость, вырабатываемая печенью и хранящаяся в желчном пузыре. Она помогает организму расщеплять жиры в пище, которую вы едите, и облегчает работу пищеварительных ферментов. Желчь помогает пищеварению. Она расщепляет жиры на жирные кислоты, которые могут попасть в организм через пищеварительный тракт.

Желчь содержит:

- В основном холестерин
- Желчные кислоты (также называемые желчными солями)
- Билирубин (продукт распада эритроцитов)

Он также содержит:

- Вода
- Соли организма (такие как калий и натрий)
- Медь и другие металлы (прикрепленные к белкам)

Формирование желчи происходит в несколько этапов:

- Захват из крови ряда компонентов (желчных кислот, билирубина, холестерина и других) на уровне базолатеральной мембраны за счёт Na-K-АТФазы и белка.
- Метаболизм и синтез новых составляющих, а также их транспорт в цитоплазме гепатоцитов.
- Выделение компонентов через каналикулярную (билиарную) мембрану в жёлчные каналы.
- Поступление желчи во внутривенную билиарную систему (жёлчные протоки).
- Накопление и концентрация желчи в жёлчном пузыре.
- Поступление желчи в тонкую кишку, всасывание её компонентов и поступление их в энтерогепатическую циркуляцию.

## ЭТИОЛОГИЯ

Этиология хронического холецистита связана с условно-патогенной микрофлорой, такой как эшерихии, стрептококки, стафилококки, реже протеи, синегнойная палочка и энтерококки. Также причиной могут быть патогенные микроорганизмы, такие как шигеллы, сальмонеллы, вирусы и простейшие. Микроорганизмы проникают в желчный пузырь через энтерогенный, гематогенный или лимфогенный путь. Факторы, способствующие развитию холецистита, включают застой желчи в желчном пузыре, сдавление и перегибы желчевыводящих протоков, дискинезию желчного пузыря и желчевыводящих путей, нарушения тонуса и двигательной функции желчных путей из-за эмоциональных стрессов, эндокринных и вегетативных расстройств, а также патологических рефлексов изменённых органов пищеварительной системы.

Холесцинтиграфия обычно нормальная при хроническом холецистите, хотя у некоторых пациентов наблюдается замедленное наполнение жёлчного пузыря

ря (>1 часа). Пациенты с симптоматическим хроническим холециститом могут иметь низкую фракцию выброса жёлчного пузыря.

Застой жёлчи —

один из основных факторов, способствующих развитию хронического холецистита. Он может быть вызван различными причинами, такими как нарушение моторики жёлчного пузыря, дискинезия желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь, аномалии строения жёлчного пузыря и желчных протоков, а также другими патологиями желудочно-кишечного тракта.

Кроме того, различные

паразиты, могут проникать в жёлчный пузырь и вызывать воспалительные процессы, что также способствует развитию хронического холецистита. В редких случаях круглые черви, например аскариды, могут мигрировать в жёлчный пузырь и вызывать калькулёзный холецистит.

Для предотвращения развития хронического холецистита и связанных с ним осложнений необходимо своевременно выявлять и лечить паразитарные инвазии, а также проводить профилактику застоя жёлчи, включая соблюдение диеты, регулярную физическую активность и приём лекарственных препаратов по назначению врача.

Застой желчи может быть вызван различными факторами, включая:

- дискинезии желчевыводящих путей, особенно гипомоторную дискинезию;
- ожирение и беременность из-за повышения внутрибрюшного давления и затруднения оттока желчи из пузыря;
- нарушение режима питания, когда редкие приёмы пищи способствуют застою желчи в пузыре;
- злоупотребление жирной и жареной пищей, вызывающей спазмы сфинктеров Одди и Люткенса;
- отсутствие достаточного количества растительной клетчатки в пище, способствующей опорожнению желчного пузыря;
- гипокинезию;
- врождённые аномалии желчного пузыря.

## ПАТОГЕНЕЗ

При микроскопическом исследовании хронический холецистит имеет следующие признаки:

- Лимфоцитарные инфильтраты и метаплазия
- Фиброз (из-за отложения коллагена)
- Накопление липидов и муколипидов в стенке желчного пузыря
- Грануляционная ткань

Застой желчи может быть вызван различными факторами, такими как:

- рефлекторные влияния со стороны органов брюшной полости (при гастрите, язвенной болезни, хроническом панкреатите, колите), приводящие к дискинезии и застою желчи;
- дисбактериоз кишечника, создающий благоприятные условия для инфицирования желчи;
- нарушения обмена веществ, сопровождающиеся изменением физико-биохимических свойств желчи (ожирение, сахарный диабет, гиперлипидемия);
- наследственная отягощённость в плане хронического холецистита.

Периодические или постоянные (непрерывные) боли в животе, ошибочно называемые «жёлчными коликами», обычно, но не всегда, ощущаются в эпигастрии или правом верхнем квадранте. Это самый распространённый симптом. Боль может возникать из-за приёма пищи, но чаще проявляется спонтанно без явных причин. Во время осмотра может быть обнаружена лёгкая или умеренная болезненность при пальпации жёлчного пузыря, особенно во время болевого приступа. Ультразвуковое исследование жёлчного пузыря — лучший метод для обнаружения камней и аномалий в стенке жёлчного пузыря и из-за воспаления, фиброза или их сочетания.

Хронический холецистит в большинстве диагностируемых случаев связан с желчными камнями. Было высказано предположение, что хронический холецистит развивается в результате повторяющихся приступов легкого острого холецистита. Однако лишь немногие пациенты предоставляют клиническую историю, подтверждающую эту гипотезу. Воспалительные и репаративные изменения могут быть частично объяснены повторяющейся травмой слизистой оболочки, вызванной желчными камнями, хотя другие факторы, скорее всего, также играют свою роль. Из-за плохой корреляции между тяжестью воспалительной реакции и количеством и объемом камней, возможно, что интенсивность воспалительной реакции, вызванной желчными камнями, в разных популяциях генетически детерминирована. Одна потенциальная, но в настоящее время недоказанная гипотеза заключается в том, что обильная

воспалительная реакция может представлять собой «защитный эффект» у популяций пациентов, предки которых проживали в географических районах с высокой частотой паразитарных желчных инфекций. Другие ученые постулировали, что как желчнокаменная болезнь, так и хронический холецистит вызваны аномальным составом желчи, что приводит к образованию камней и химическому повреждению слизистой оболочки. В противоречие с высоким процентом положительных культур желчи у пациентов с острым холециститом, бактерии, в основном *E. coli* и энтерококки, культивируются менее чем в одной трети случаев хронического холецистита. Недавнее исследование выявило ДНК видов *Helicobacter* в образцах желчных путей у одной из групп пациентов с заболеванием желчного пузыря. Однако эта связь не была подтверждена в других популяциях с высокой частотой возникновения желчных камней.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

### **1. По этиологии и патогенезу:**

- 1.1 бактериальный
- 1.2 вирусный
- 1.3 паразитарный
- 1.4 немикробный («асептический» иммуногенный)
- 1.5 аллергический
- 1.6 ферментативный
- 1.7 невыясненной этиологии

### **2. По клиническим формам:**

- 2.1 хронический бескаменный холецистит
  - 2.1.1 с преобладанием воспалительного процесса
  - 2.1.2 с преобладанием дискинетических явлений
- 2.2 хронический калькулезный холецистит

### **3. По типу дискинезий:**

- 3.1 нарушение сократительной функции желчного пузыря
  - 3.1.1 гиперкинез желчного пузыря
  - 3.1.2 без изменения его тонуса (нормотония)
  - 3.1.3 с понижением тонуса (гипотония)
- 3.2 нарушение тонуса сфинктерного аппарата желчевыводящих путей
  - 3.2.1 гипертонус сфинктера Одди
  - 3.2.2 гипертонус сфинктера Люткенса
  - 3.2.3 гипертонус обоих сфинктеров

### **4. По характеру течения:**

- 4.1 редко рецидивирующий (благоприятного течения)
- 4.2 часто рецидивирующий (упорного течения)
- 4.3 постоянного (монотонного течения)
- 4.4 маскировочный (атипичного течения)

## **5. По фазам заболевания:**

5.1 фаза обострения (декомпенсация)

5.2 фаза затухающего обострения (субкомпенсация)

5.3 фаза ремиссии (компенсация стойкая, нестойкая)

## **6. Основные клинические синдромы**

6.1 болевой

6.2 диспепсический

6.3 вегетативной дистонии

6.4 правосторонний реактивный (ирригативный)

6.5 предменструального напряжения

6.6 солярный

6.7 кардиалгический (холецистокардиальный)

6.8 невротически-неврозоподобный

6.9 аллергический

## **7. Степени тяжести:**

7.1 легкая

7.2 средней тяжести

7.3 тяжелая

## **8. Осложнения:**

8.1 реактивный панкреатит (холепанкреатит)

8.2 реактивный гепатит

8.3 перихолецистит

8.4 хронический дуоденит и перидуоденит

8.5 хронический дуоденальный стаз

8.6 прочие

## **КЛИНИКА**

Клиническая картина хронического бескаменного холецистита сопровож

дается следующими симптомами:

- ноющая боль в правом подреберье и иногда в эпигастральной области после употребления тяжелой пищи или алкоголя;
- чувство тяжести и жжения;
- горечь во рту;
- отрыжка воздухом;
- вздутие живота;
- чередование поносов и запоров;
- снижение аппетита;
- повышение температуры тела.

В острой форме заболевания симптомы проявляются ярко выраженными коликами, вызванными значительным повышением давления и растяжением стенок жёлчного пузыря.

Желчный пузырь при хроническом холецистите может выглядеть почти нормально, может быть увеличен или иметь утолщенную фиброзную стенку. Часто встречаются просветные желчные камни. Могут присутствовать серьезные фиброваскулярные спайки.

У людей с хроническим холециститом повторяющиеся приступы боли. Верхняя часть живота над желчным пузырем болезненна на ощупь. В отличие от острого холецистита, у людей с хроническим холециститом редко бывает лихорадка. Боль менее сильная, чем боль при остром холецистите, и длится не так долго.

Воспалительно-интоксикационный синдром сопровождается повышением температуры тела, иногда с ознобом, во время приступов рвоты. При катаральном воспалении лихорадка невысокая, и существенное воспаление развивается

редко.

Астеноневротический синдром проявляется слабостью, утомляемостью, повышенным аппетитом, высыпаниями и нарушениями, что связано в свою очередь с дискинезией мочевого пузыря.

### ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

Когда хронический холецистит обостряется и развивается перихолецистит, возникают симптомы, связанные с расширением жёлчных протоков и пониженным давлением в них.

**Симптом Кера** - болезненность при пальпации в проекции желчного пузыря, на уровне пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой.

**Симптом Мерфи** - болезненность в проекции желчного пузыря на вдохе и втягивании живота.

**Симптом Грекова - Ортнера** - болезненность при поколачивании кистью по реберной дуге справа.

**Точка Боаса** - болезненность на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X-XI грудных позвонков.

**Симптом Георгиевского - Мюсси** - болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудинно-ключичнососцевидной мышцы справа.

**Симптом Губергрица - Пекарского** - болезненность в правом подреберье при надавливании на мечевидный отросток.

**Симптом Лепине-Василенко** - болезненность при поколачивании пальцами под реберной дугой справа.

**Симптом Курвуазье** - выявление увеличенного желчного пузыря.

**Симптом Гаусмана** - появление боли при коротком ударе ребром ладони ниже правой реберной дуги на вдохе.

**Симптом Айзенберга II** - боль в правом подреберье при сотрясении тела, когда больной, стоящий на носках, резко опускается на пятки.

## АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

К атипичным формам хронического холецистита относятся кардиальная форма, пищеводная форма и кишечная форма. При кардиальной форме возникают сердечные симптомы, при пищеводной - постоянное жжение и тупая боль за грудиной, при кишечной - неясные боли и нарушения стула.

Кардиологическая форма хронического холецистита — это состояние, которое характеризуется изменениями в работе сердца из-за проблем с функциями жёлчного пузыря или жёлчных протоков. Оно проявляется болями в сердце, аритмией и нарушениями проведения электрических импульсов в сердце во время жёлчных (печёночных) колик или обострений холецистита.

Пищеводная форма хронического холецистита — это редкая форма заболевания, которая сопровождается воспалением пищевода.

Кишечная форма хронического холецистита — типичное заболевание, характеризующееся болями в животе, вздутием живота и склонностью к запорам.

Кроме вышеперечисленных форм хронического холецистита, встречаются так же:

Неврастеническая форма хронического холецистита отличается преобладанием симптомов, связанных с нервной системой, включая повышенную раздражительность, усталость, проблемы со сном и головные боли.

Ревматическая форма холецистита — это воспалительное заболевание жёлчного пузыря, характеризующееся сильным и болями в суставах и сердце. Данная форма холецистита связана с ревматическими заболеваниями, такими как ревматоидный артрит и системная красная волчанка

При такой форме холецистита в патологический процесс вовлекаются не только стенки жё

льного пузыря, но и окружающие ткани, что может привести к развитию перихолецистита. Проблемы с суставами и сердцем возникают из-за ревматического поражения соединительной ткани и нарушения кровоснабжения этих органов.

**Тиреотоксический холецистит** —

это воспаление жёлчного пузыря, вызванное повышенным уровнем гормонов щитовидной железы (тиреотоксикозом). Это редкая форма холецистита, которая больше встречается у людей женского пола обычно в среднем возрасте.

## СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Лёгкая степень** характеризуется следующими особенностями:

1. Умеренный болевой синдром в правом подреберье, усиливающийся при нарушении диеты и физической нагрузке, боли проходят самостоятельно или при приёме спазмолитиков через 10–30 минут.
2. Диспепсический синдром встречается редко.
3. Обострения 1–2 раза в год, длительностью 2–3 недели. Воспалительные элементы в желчи встречаются в незначительном количестве.
4. Функция печени не нарушена, осложнений нет.
5. Трудоспособность сохранена.

**Средняя степень** характеризуется

1. более выраженным болевым синдромом с характерной иррадиацией, которая купируется анальгетиками и спазмолитиками.
2. отмечаются выраженные диспепсические явления, такие как сухость, горечь во рту и часто бывает рвота.
3. Обострения повторяются 5–6 раз в год, носят затяжной характер и купируются медикаментозными средствами.
4. Возможны преходящие желтушное окрашивание кожи и повышение температуры до 37,5 °С.
5. Нередки осложнения, такие как перихолецистит, холангит, гепатит.
6. Заболевание длительное, с частыми рецидивами, трудоспособность больных ограничена.

**Тяжёлая степень** холецистита характеризуется следующими особенностями:

1. Частые и продолжительные обострения (1–2 раза в месяц и чаще).
2. Выраженный болевой синдром, купируемый только неоднократным введением анальгетиков и спазмолитиков.
3. Частые осложнения со стороны органов пищеварения.
4. Трудоспособность утрачивается.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ

В период обострения холецистита могут потребоваться дополнительные обследования:

- УЗИ желчного пузыря — для определения формы, размера органа, толщины стенок и наличия камней.
- Фракционное дуоденальное зондирование — забор трёх порций желчи для микроскопического исследования и оценки моторики пузыря.
- Холецистохолангиография — выявление нарушений двигательной функции системы выведения желчи и возможных деформаций пузыря.
- ФГДС (фиброгастродуоденоскопия) — исследование слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Помимо этого, проводятся лабораторные анализы крови, включая общий анализ

крови (с повышенным содержанием лейкоцитов и скоростью оседания эритроцитов) и биохимический анализ (с повышенным уровнем билирубина, холестерина в состоянии желчного пузыря и окружающих тканей).

, АСТ и АЛТ). В настоящее время ультразвуковое исследование желчного пузыря с

МСК 1 (мультиспиральная компьютерная томография) — считается основным методом диагностики заболеваний желчевыводящих путей. Благодаря современным технологиям достигается разрешение 0,1 миллиметра. Обычной точной диагностики.

о желчный пузырь визуализируется как четкая эхоформа грушевидной или овальной формы с размерами 6–9,5 см в длину и 3–

3,5 см в ширину. Стенки органа имеют гладкие и ровные контуры, обозначенные однородной линией, толщина которых составляет  $\leq 2$  мм.

- УЗИ признаки хронического холецистита:
- утолщение стенки желчного пузыря более 2 мм
- уплотнение стенки желчного пузыря
- неровность и деформация контура пузыря
- снижение или отсутствие движения желчного пузыря при дыхании
- неомогенность содержимого, наличие осадка в пузыре
- болезненность при надавливании датчиком аппарата на область желчного пузыря (положительный ультразвуковой симптом Мерфи)
- увеличение или уменьшение размеров пузыря
- наличие конкрементов в просвете пузыря (при калькулезном холецистите)
- дискинезия пузыря при повторном исследовании через 0,5 часа после завтрака

## ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- Механическая желтуха
- Водянка желчного пузыря
- Хронический панкреатит
- Холангит
- Гепатит
- Билиарный цирроз печени
- Перивисцирит
- Перфорация желчного пузыря
- Эмпиема желчного пузыря

В некоторых случаях холецистит может вызвать другие проблемы, в том числе:

- Инфекция и скопление гноя в желчном пузыре
- Отмирание тканей желчного пузыря (гангрена)
- Повреждение желчных протоков, которое может повлиять на вашу печень
- Инфекция и воспаление поджелудочной железы (панкреатит)
- Инфекция и воспаление слизистой оболочки живота (перитонит)

Если желчный пузырь не удалён, и приступы холецистита учащаются, может развиться хронический холецистит. Этот вид холецистита может протекать без симптомов, но способен повредить стенки желчного пузыря. Рубцы на стенках утолщают их, а желчный пузырь уменьшается в размерах. Со временем он будет хуже справляться с хранением и выделением желчи, и в будущем может потребоваться операция по удалению желчного пузыря.

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Лечение при обострении хронического бескаменного холецистита проходит в поликлинике, а в период ремиссии — в санатории или профилактории. Оно нацелено на облегчение боли, коррекцию дискинетических нарушений, борьбу с инфекцией и воспалением, а также на нормализацию пищеварения и обмена веществ. Лечение должно происходить комплексное, например такое как:

1. Лечебный режим
2. Лечебное питание
3. Купирование болевого синдрома
4. Антибактериальную терапию в период обострения
5. Дезинтоксикационную терапию в период обострения
6. Рациональное применение желчегонных средств
7. Нормализацию функции вегетативной нервной системы
8. Физиотерапевтическое лечение

Кроме этого рекомендуется:

- Прием противобактериальных препаратов (антибиотиков) для борьбы с инфекцией
- Прием жидкостей и обезболивающих препаратов внутривенно (через вену или капельно)
- Поддерживайте желудок пустым до тех пор, пока симптомы не ослабнут.

При таком лечении ваши симптомы могут улучшиться.

Но если холецистит вызван желчными камнями в желчном пузыре, желчный пузырь подлежит удалению. Удаление желчного пузыря (называемое холецистэктомией) является распространенной операцией. Организм будет хорошо работать и без желчного пузыря. Он не является критически необходимым для здоровой жизни.

При осложнении операцию делают немедленно. В качестве неотложной меры, через кожу в желчный пузырь может быть введена небольшая трубка. Это позволит откачать желчь и облегчить симптомы, пока вы не сможете сделать операцию.

Другие варианты лечения могут включать:

- **Оральная терапия растворения.** Лекарства, изготовленные из желчной кислоты, используются для растворения камней.
- **Лекарства.** Они используются для предотвращения образования желчных камней.

**Диета с низким содержанием жиров.** Когда вам снова разрешат есть пищу

Пища должна соответствовать физическим потребностям в зависимости от возраста и рода занятий.

Таблица 6

### ДИЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Рекомендуемые продукты		Запрещенные продукты
Пшеничный хлеб (вчерашний)	Хлеб и хлебобулочные изделия	Сдоба; жареные пирожки, чебуреки
Каша любые, особенно овсяная и гречневая	Каша	

Мясо нежирное (говядина, курица, индейка, кролик), фрикадельки, кнели, паровые котлеты	<b>Мясо</b>	Жирные сорта мяса (свинина, баранина, птица (гусь, утка))
Рыба нежирная отварная	<b>Рыба</b>	Жареная рыба
Супы с крупами, суп-пюре, бульоны некрепкие мясные и рыбные	<b>Супы</b>	Крепкие рыбные и грибные бульоны и блюда, приготовленные на них
Творог, кефир, молочные продукты жирностью менее 2,5%	<b>Молочные продукты</b>	Сливки, сметана и молоко высокой жирности
Овощи любые в отварном, печеном и сыром виде	<b>Овощи</b>	Шпинат, лук, редис, редька, брюква
Сухое печенье	<b>Кондитерские изделия</b>	Торты, крем, мороженое, шоколад
Компоты, кисели	<b>Напитки</b>	Алкогольные напитки, крепкий чай, крепкий кофе
	<b>Консервы</b>	Острые закуски, копчености, жирные продукты
«Ессентуки-4», «Смирновская», «Славянская», «Гонимская», «Амурская», «Константиновская»	<b>Минеральные воды</b>	

В качестве медицинского препарата одноразово используют антибиотик Ампицилина тригидрат до 2х раз в день, цифтриаксон 1-2 раза в сутки, ципрофлоксацин 500мг до 2х раз в сутки.

Для восстановления анаэробной флоры используют меронидазол до 1.5г в сутки. Период лечения составляет 8-10 дней. Имеются побочные эффекты, такие как рвота, анорексия, тошнота, головокружение. Возможны аллергические реакции и и изжога

## ЛЕЧЕНИЕ ЛЯМБЛИОЗА

Лямблиоз — это кишечная инфекция, вызываемая микроскопическим паразитом под названием *Giardia*. Этот паразит обитает по всему миру, особенно в водоемах. Если вы случайно проглотите его, он поселится в вашем тонком кишечнике и будет размножаться, питаясь там питательными веществами. Это может вызвать различные кишечные симптомы, включая зловонный понос, вздутие живота и газы, спазмы желудка, тошноту и усталость.

Симптомы лямблиоза могут быть как легкими, так и тяжелыми, а у некоторых людей симптомы вообще не проявляются. Инфекция обычно проходит сама по себе через несколько недель, но людям со слабой иммунной системой может быть сложнее избавиться от нее. Врач может назначить противопаразитарные препараты от лямблиоза, если они вам нужны. Иногда симптомы продолжаются в течение недель или месяцев после того, как инфекция прошла

В качестве медицинских препаратов при лечении лямблиоза используют следующие:

Метронидазол (Флагил) .

Тинидазол (Тиндамакс) .

Нитазоксанид (Алиния) .

Паромомицин (Хуматин) .

Препараты группы имидазола включают метронидазол (трихопол), флагил и клион. Также используются тинидазол (фазижин), фуразолидон и нифурантель.

Метронидазол (часто 250 мг три раза в день у взрослых в течение 5-7 дней) является наиболее часто назначаемым антибиотиком для этого состояния. Однако использование метронидазола было связано с частотой неудач до 40% при очистке кишечника от паразитов, а также с плохим соблюдением пациентами режима лечения.

Метронидазол быстро и полностью всасывается после приема внутрь и проникает в ткани и секреты организма, такие как слюна, грудное молоко, сперма и вагинальные выделения. Препарат метаболизируется в основном в печени и выводится с мочой .

Из нитроимидазолов тинидазол и метронидазол постоянно демонстрируют наибольшую активность *in vitro*; тинидазол обладает небольшим преимуществом. Более высокозамещенные нитроимидазолы, такие как миконазол, клотримазол, итраконазол и кетоконазол, были разработаны из-за их противогрибковой активности и не являются эффективными средствами против *G. lamblia* . Чувствительность к нитроимидазолам может варьироваться в зависимости от штаммов и клонов *G. lamblia* , используемых при тестировании.

Орнидазол (Тиберал) 500мкг — аналог метронидазола. Его высокая концентрация в плазме крови достигается через 1–2 часа после приёма. Для приема одноразово 3 таблетки вечером. Практически отсутствуют побочные эффекты и аллергические реакции.

Макмирор —

это лекарственное средство нитрофуранового ряда, выпускается в виде таблеток 200 мг. Прием 2-3 раза в день по 2 таблетки, период приема до 7 дней. Имеется ряд побочных эффектов и противопоказаний, рекомендуется ознакомиться с инструкцией и проконсультироваться с врачом

Делагил ( Delagil) медицинский препарат противовоспалительного и десенсибилизирующего действия, выпускается в форме таблеток 0,25 г, также и в ампулах по 5 мл 5%-ного раствора. Прием осуществляется 3 раза в день по 0,25г, общей продолжительностью до 6 суток. Имеется ряд побочных эффектов и противопоказаний, рекомендуется ознакомиться с инструкцией и проконсультироваться с врачом

Фуразолидон – медицинский препарат противовоспалительного и антибактериального действия, выпускается в форме таблеток по 0,05 мг. Рекомендуемый прием 4 раза в сутки по 0,1г общей продолжительностью до 7 дней. Имеется ряд побочных эффектов и противопоказаний, рекомендуется ознакомиться с инструкцией и проконсультироваться с врачом

Паромомицин — это антибиотик класса аминогликозидов, применяется в основном при лечения беременных женщин. Общий прием составляет 3 раза в день при приеме 25–30 мг/кг от массы тела пациента, общей продолжительностью до 10 дней. Имеется ряд побочных эффектов и противопоказаний, рекомендуется ознакомиться с инструкцией и проконсультироваться с врачом

## ЛЕЧЕНИЕ ОПИСТОРХОЗА И КЛОНОРХОЗА

Описторхоз — это инфекция, вызываемая *Opisthorchis viverrini* (юго-восточноазиатская печеночная двуустка) или *O. felineus* (кошачья печеночная двуустка), которыми можно заразиться при употреблении в пищу зараженной сырой или недостаточно приготовленной рыбы, содержащей инфекционные метацеркарии (инкапсулированная стадия).

Клонорхоз — это гельминтоз из группы трематодозов, вызванный китайской двуусткой (*Clonorchis sinensis*). Эта болезнь характеризуется поражением печени, жёлчного пузыря и подж

елудочной железы. Клонорхоз распространён в Восточной Азии, особенно в Северной Корее, Японии, Индокитае и Корее.

Лечение описторхоза и клонорхоза предпочтительно проводить одним из следующих способов :

- Празиквантел 25 мг/кг перорально 3 раза в день в течение 2 дней
- Альбендазол 10 мг/кг перорально один раз в день в течение 7 дней

Заражение можно предотвратить, если готовить пресноводную рыбу.

Лечение оправдано для пациентов с положительным результатом микроскопии кала, при наличии или отсутствии симптомов. Лечение также оправдано для пациентов с предполагаемым диагнозом клонорхоза или описторхоза (на основании соответствующего эпидемиологического контакта, наличия эозинофилии и результатов УЗИ, соответствующих заражению трематодами), даже при отрицательном результате микроскопии кала.

Цели лечения включают управление симптомами (если они присутствуют), а также минимизацию риска хронической инфекции и связанных с ней осложнений, включая холангиокарциному.

Для лечения пациентов с хроническим калькулёзным холециститом часто используются желчегонные препараты. см.Таблица 7.

Таблица 7

## ОСНОВНЫЕ ЖЕЛЧЕГОННЫЕ СРЕДСТВА И МЕТОДИКА ИХ ПРИМЕНЕНИЯ

ПРЕПАРАТ	РАЗОВАЯ ДОЗА	КОЛИЧЕСТВО ПРИЕМОВ В СУТКИ	УСЛОВИЯ ПРИЕМА	КУРС
<b>Истинные холеретики</b>				
<b>а) Препараты, содержащие желчные кислоты</b>				
Холензим	1 таб.	1-3	После еды	3-4 нед.
Фестал	1 таб.	1-3	После еды	3-4 нед.
Аллохол	1-2 таб.	3-4	После еды	2 мес.
Лиобил	1-3 таб.	3	В конце еды	3-4 нед.
Урсосан	1-3 таб.	2-3	В конце еды	2-4 нед.

Оксафенамид	1-2 таб.	3	Перед едой	1-2 нед.
Одестон 200 - мг.	1-2 таб.	3	За 30 мин до	1-2 нед.
<b>в) Препараты растительного происхождения</b>				
Отвар бессмертника (12 г на 200 мл воды)	1/2 стакана теплой воды	2-3	За 15 мин до	3-4 нед.
рыльцев 10 (1 г на 200 мл воды)	1 ч. л.	3	Перед едой	3-5 нед.
Холагол	5 кап. на сах.	3	Перед едой	2-4 нед.
Тыквеол	1 ч. л.	3	За 30 мин до	2-4 нед.
Тыквеол	1 ч. л.	3	Перед едой	2 нед.
Гепатофальк 250 мг.	1 капсула	2-3	Перед едой	2-3 нед.
Хофитол 200 - мг.	1-2 таб.	3	Перед едой	2 нед.
Гербион	10-15 капель	3	Во время еды	2 нед.
Галстена	10-15 капель	3	Во время еды	2 нед.
<b>Холекинетики</b>				
Отвар пижмы) 1:20	1 ст. ложка	3	Перед едой	2-3 нед.
Амурская вода	1 стакан	2	Перед едой	2 нед.
Ксилит (1% 10p-p)	50-100 мл.	2-3	За 30 мин до	2-4 нед.

Урсодезоксихолевая кислота (состав капсулы 250 мг, при лечении используется сочетание веса ( кг) ) оказывает следующее воздействие:

1. Цитопротективное — вытесняет токсичные гидрофобные жёлчные кислоты, разрушающие клеточные мембраны.
2. Холеретическое — усиливает синтез и активное выделение жёлчных кислот из гепатоцитов.
3. Иммуномодулирующее — тормозит экспрессию HLA на мембранах и ингибирует выброс провоспалительных цитокинов.
4. Антиапоптотическое — замедляет выход цитохрома С из митохондрий и блокирует апоптоз холангиоцитов.

Гипомоторная дискинезия желчного пузыря требует применения беззондовых тюбажей с минеральной водой, ксилитом или сорбитом для стимуляции моторики. В периоды ослабления симптомов может быть назначена физиотерапия с использованием тепловых процедур, таких как грязелечение, озокерит, парафин, грелка и индуктотермия, а также УВЧ, лазерная и магнитная терапия, акупунктура, амплипульс и ультразвук. Для нормализации работы вегетативной нервной системы могут применяться успокоительные препараты, такие как валериана и пустырник, а также транквилизаторы, например элениум и тазепам.

#### **Восстановительное лечение после обострения:**

Пациентам, у которых прошли симптомы обострения, назначается физиотерапия. Она включает в себя процедуры, направленные на снятие боли, спазмов и согревание тканей.

**Тепловые процедуры:** индуктотермия, УВЧ, СВЧ-терапия, ультразвуковая терапия, аппликации озокерита, грязи и парафина.

**Электротерапия:** электрофорез с новокаином и сульфатом магния.

**Иглорефлексотерапия.**

#### **Вода и курорты:**

Для лечения также применяются минеральные воды: Амурская, Шмаковская, Славянская, Смирновская, Боржоми, Трускавец, Баталинская и Ессентуки №17.

## ОСНОВНАЯ

1. Национальное руководство. Краткое издание. / Под редакцией В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 486 - :2015 с.
2. Алгоритмы диагностики и лечения в гепатологии. Справочные материалы. / Под редакцией В.Т. Ивашкина, М.В. Маевской, М.С. Жарковой и др. - Мед пресс-информ, 176 - :2016 с.
3. Стандарты специализированной медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология». / Министерство Здравоохранения Российской Федерации. - МЕДПРАКТИКА-М, 32 - :2013 с.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

4. Гастродуоденальные язвы и хронический гастрит. / Под редакцией И.А. Литовского, А.В. Гордиенко. - СпецЛит, 302 - :2017 с.
5. Вопросы гепатологии. Учебное пособие. / Под редакцией В.В. Малеева. - СпецЛит, 367 - :2016 с.
6. Острый и хронический панкреатит. / Под редакцией А.В. Калинина. - Мед пресс-информ, 160 - :2016 с.
7. Хронический вирусный гепатит С и цирроз печени. Руководство. / Под редакцией А.Г. Рохмановой. - СпецЛит, 380 - :2016 с.
8. Гигиена питания. Руководство для врачей. / Под редакцией А.А. Королева. - ГЭОТАР-Медиа, 624 - :2016 с.
9. Инфекция *Helicobacter Pylori*. / Под редакцией И.В. Маева, А.А. Самсонова, Д.Н. Андреева. - ГЭОТАР-Медиа, 256 - :2016 с.
10. Панкреатиты. / Под редакцией И.А. Литовского, А.В. Гордиенко. - СпецЛит, 231 - :2015с.
11. Хронические заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Краткое руководство для практикующих врачей. / Под редакцией А.О. Буверова. - М.: ООО «МИА», 144 - :2015 с.
12. Яковенко Э.П., Лаврентьева С.А., Яковенко А.В. Инновационные пробиотики - ключ к управлению функциями нормальной кишечной микрофлоры. / Лечащий врач, 78-74 :10№; 2012.
13. Минущкин О.Н., Ардатская М.Д., Зверков И.В., Чичерин И.Ю. Дисбактериоз кишечника (понятие, диагностика, принципы лечебной коррекции). Современные возможности пребиотической терапии (учебно-методическое пособие). - М.: Учебно-научный медицинский центр, 52 - :2010 с.