**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**На тему:**

**«Хронический панкреатит. Хронический холецистит»**

**МИНСК, 2008**

**Хронический панкреатит (ХП)** – это хроническое полиэтиологическое воспаление поджелудочной железы, продолжающееся более 6 месяцев, характеризующееся постепенным замещением паренхиматозной ткани соединительной и нарушением экзо- и эндокринной функции органа.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

* чаще у мужчин;
* частота – 0,2-0,6% (по некоторым данным – до 6%) среди взрослого населения;
* преимущественно средний и пожилой возраст.

**ЭТИОЛОГИЯ**

***Этиологические факторы:***

1. Алкоголь – главный фактор.

2. На втором месте по частоте – заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (хронический калькулезный и бескаменный холецистит), такой ХП некоторые авторы называют «вторичным».

3. Злоупотребление жирной, соленой, перченой, копченой, острой пищей. Отложения жира повышают внутрипротоковое давление и затрудняют отток панкреатических ферментов.

4. Лекарственная интоксикация – в первую очередь, ГКС и эстрогены.

5. Вирусы и бактерии, которые попадают в проток поджелудочной железы из 12-перстной кишки через фатеров сосочек.

6. Травматические поражения: тупая травма живота деформирует и склерозирует протоки, что повышает внутрипротоковое давление.

7. Генетическая предрасположенность.

8. Беременность на поздних сроках: из-за повышения внутрибрюшного давления происходит давление поджелудочной железы.

**ПАТОГЕНЕЗ**

***Механизмы развития:***

*2 главных направления:*

* чрезмерная активация протеолитических ферментов (трипсина) и липазы;
* затруднение оттока (из-за повышения внутрипротокового давления) этих ферментов из ткани железы.

И наступает *АУТОЛИЗ* (самопереваривание).

*Алкоголь*, к примеру, действует обоими путями: он является хорошим стимулятором секреции HCl, а та, в свою очередь, трипсина и липазы.

При *калькулезном холецистите* камни могут застрять в сосочке или попасть в панкреатические протоки, что также вызывает повышение внутрипротокового давления.

Еще одна причина – *поздний срок беременности*. Из-за повышения внутрибрюшного давления pancreas сдавливается и просвет ее протоков изменяется, что затрудняет отток панкреатического секрета. Эти изменения могут остаться и после беременности, что вызывает цепную реакцию аутолиза.

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

I. По морфологическим признакам:

1. Интерстициально-отечный

2. Паренхиматозный

3. Фиброзно-склеротический (индуративный)

4. Гиперпластический (псевдотуморозный)

5. Кистозный

II. По клиническим проявлениям:

1. Болевой вариант

2. Гипосекреторный

3. Астеноневротический (ипохондрический)

4. Латентный

5. Сочетанный

6. Псевдотуморозный (© Капралов)

III. По характеру клинического течения:

1. Редко рецидивирующий (1 обострение в 1-2 года)

2. Часто рецидивирующий (2-3 и более раз в год)

3. Персистирующий

IV. По этиологии:

1. Билиарнозависимый

2. Алкогольный

3. Дисметаболический (СД, гиперпаратиреоз, гемохроматоз)

4. Инфекционный

5. Лекарственный

**КЛИНИКА**

***Боль*** является ведущим клиническим признаком. Локализация ее зависит от того, какой отдел pancreas поражен:

* хвост – в левом подреберье, ближе к срединной линии;
* тело – по срединной линии, примерно на 6-7 см выше пупка;
* головка – справа от срединной линии, ближе к правому подреберью.

|  |  |
| --- | --- |
| *Характеристика болевого синдрома* | *%* |
| Клинические признаки | Боли в надчревной областиИррадиация: в левую половину спины опоясывающие боли боли без определенной локализацииБоли провоцировались погрешностями в диете или алкоголемОграничение приема пищи из-за боязни возникновения болей | 10080,210,931,427,968,648,8 |

Боль появляется через 30-40 минут после еды, может быть очень интенсивной – тогда могут понадобиться анальгетики и даже наркотики.

***Тошнота*** – часто сопровождает боль.

*Рвота* – у части больных, сопровождает болевой синдром, возникает через 30-40 минут после еды. Многократная, не приносит никакого облегчения.

***Диарея*** – «панкреатогенный понос». Связана с нарушением внешнесекреторной функции pancreas, с недостаточным содержанием в выделенном панкреатическом соке ферментов поджелудочной железы (они остались в ткани pancreas и занимаются аутолизом). Все это приводит к *нарушению тонкокишечного пищеварения* – мало трипсина, липазы, амилазы. Понос характеризуется наличием большого количества каловых масс, содержащих много нейтрального жира, непереваренных мышечных волокон, жирных кислот.

***Признаки нарушения всасывания*** (аминокислот, элементов эмульгированного жира, многочисленных витаминов, микроэлементов в тонкой кишке):

* снижение массы тела;
* признаки гиповитаминоза;
* сухость кожи;
* анемический синдром (не всасываются железо, фолиевая кислота, витамин В12) при тяжелой степени внешнесекреторной недостаточности;
* ломкость ногтей, выпадение волос, разрушение эпидермиса кожи, трофические нарушения кожных покровов.

Внутрисекреторная недостаточность pancreas при ХП – ***вторичный СД***.

Все это может привести к стойкой утрате трудоспособности.

**ДИАГНОСТИКА**

* *клиническая симптоматика*;
* *анамнестические данные*;
* *лабораторные исследования*:
* ОАК (лейкоцитоз, ускорение СОЭ, особенно в фазу обострения);
* повышение уровня липазы и трипсина в крови;
* диастаза (амилаза) мочи: увеличена как при остром панкреатите, так и при ХП в фазу обострения;
* копрограмма (нейтральный жир, жирные кислоты, непереваренные мышечные волокна, коллагеновые волокна);
* определение протеолитических ферментов в дуоденальном содержимом (трипсин и липаза понижены в разгар болезни);
* *инструментальные методы*:
* 1. *УЗИ*: определяем размеры pancreas, эхогенность структуры. Т.к. поджелудочная железа находится достаточно глубоко, то это исследование может оказаться недостаточно информативным;
* 2. *Эндоскопия*: 12-перстная кишка, как корона, огибает поджелудочную железу, и при воспалении эта «корона» начинает расправляться (деформация – косвенный признак);
* 3. *Рентгеноскопия* верхнего отдела ЖКТ с бариевым контрастом: контуры 12-перстной кишки изменены, симптом «кулис» (у рентгенологов): 12-перстная кишка выпрямляется и раздвигается, как кулисы на сцене, при значительном увеличении pancreas;
* 4. *КТ* – наиболее дорогостоящий метод. Его хорошо использовать для дифференциальной диагностики ХП и рака поджелудочной железы, т.к. их симптомы схожи. В Минске КТ круглосуточно проводится только в 9-й больнице;

5.*Ретрограднаяэндоскопическая* *холангиодуоденопанкреатикография*: через эндоскоп специальной канюлей входим в фатеров сосочек и шприцем (через эндоскоп) в просвет общего панкреатического протока вводим контраст. Затем ведем пациента в рентгенкабинет, где ему делается снимок. Контраст оказывается и в желчным протоках, где могут быть видны их сужение и извилистость, а также конкременты.

**ЛЕЧЕНИЕ**

***Диета*.** Стол №0 в течение 1-3 дней. Затем стол №5п (панкреатический): ограничение жирной, острой, жареной, пряной, перченой, соленой, копченой пищи (которая стимулирует секретоотделение). Вся пища готовится в вареном виде. Питание 4-5 раз в сутки малыми порциями.

***Медикаментозная терапия*.**

* Антисекреторные препараты: омепразол (по 20 мг утром и вечером), фамотидин; антациды. Все они снижают секрецию желудочного сока, который является естественным стимулятором секреции поджелудочной железы.
* Ингибиторы протеаз (особенно при интенсивном болевом синдроме): гордокс, контрикал, трасилол, аминокапроновая кислота. Все в/в капельно, медленно, на физрастворе или 5% растворе глюкозы.
* Спазмолитики и анальгетики: 1) миолитики – папаверин (2% – 2 мл 3 раза в день в/м или 2% – 4 мл на физрастворе в/в), но-шпа (0,04 г 3 раза в сутки), галидор; 2) М-холиноблокаторы: платифиллин, атропин; 3) анальгетики: анальгин 50% – 2 мл в/м или в/в в капельнице.
* Заместительная терапия (при недостаточности экзокринной функции): панкреатин (0,5 г 3 раза в день во время или после еды), крион, панцитрат, мезим, мезим-форте.
* Витаминотерапия.

***Физиотерапия*:** ультразвук на пораженную область, туда же СМТ (синусомоделированные токи), тепловые процедуры (при *стихании* процесса): озокерит, парафин, грязевые аппликации. При *разгаре*: токи средней, высокой, короткой частоты, лазер, магнитотерапия.

***Диспансерное наблюдение*:** в поликлинике 2 раза в год (осмотр, основные тесты, УЗИ).

**Хронический холецистит (ХХ)** – это хроническое воспалительное заболевание стенки желчного пузыря (слизистой оболочки), в ряде случаев сопряженное с образованием в нем конкрементов.

**ЭТИОЛОГИЯ**

*Бактериальная инфекция* (чаще всего попадает восходящим путем из 12-перстной кишки) – от стафилококков и стрептококков до кишечной и синегнойной палочки, протея.

*Предрасполагающие факторы*: ожирение, малоподвижный образ жизни, злоупотребление жирной пищей (особенно, животными жирами).

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

1. ХХ бескаменный;

2. ХХ калькулезный;

3. ХХ паразитарный (в частности, при описторхозе).

*По фазе процесса:*

* обострение,
* ремиссия,
* стихающее обострение.

**КЛИНИКА**

***Боль*** в правом подреберье в зоне локализации желчного пузыря:

* бескаменный холецистит – тянущие, ноющие, периодические;
* калькулезный холецистит – печеночная колика: интенсивные боли, возникающие при движениях и физической работе.

Боли иррадиируют вверх (почти всегда), в правую половину шеи.

*Симптом Ортнера* – боль при поколачивании по реберной дуге.

*Симптом Кера* – болезненная пальпация, особенно на вдохе.

*Симптом Мюсси-Георгиевского* (френикус-симптом) – болезненность при надавливании между ножек кивательной мышцы.

Часто – ***горечь во рту*, *тошнота***, в ряде случаев – ***повышение температуры*** до субфебрильных цифр (не выше 38С).

**ДИАГНОСТИКА**

Лабораторные критерии:

* *ОАК*: лейкоцитоз, ускоренная СОЭ (не у всех!);
* *дуоденальное зондирование* – исследование желчи: порция С (пузырная) – мутная, при микроскопии в ней много лейкоцитов, слущенный эпителий, кристаллы солей (в частности, холестерина).

Инструментальная диагностика:

* *УЗИ* – в большинстве случаев решает диагностику, т.к. желчный пузырь расположен неглубоко. Один из главных признаков – утолщение стенки пузыря более 3 мм (в норме – до 3 мм), увеличение размеров самого пузыря, обнаружение в его просвете конкрементов.
* рентгенологический метод – *холецистография*: контрастное вещество (билигност, билитраст) даем через рот или в/в, через несколько минут начинаем исследование: выполняется серия снимков через 15, 30, 45 минут. Преимущество этого метода перед УЗИ заключается в том, что рентгенолог видит степень опорожнения пузыря от контраста и может судить о состоянии выделительной и сократительной функции желчного пузыря.

**ЛЕЧЕНИЕ**

***Диета:*** стол №5, ограничение жирных (в первую очередь, животный жир) и острых ингредиентов.

***Медикаментозная терапия*:**

* антибиотики различных групп в терапевтических дозах: полусинтетические пенициллины – ампициллин 2 г/сут, оксациллин 2 г/сут; тетрациклин. Особенно при лихорадке и обострении.
* спазмолитики в ряде случаев с анальгетиками: но-шпа, папаверин, платифиллин в среднетерапевтических дозах; баралгин – анальгетическое и спазмолитическое действие (2-5 мл в/м 2-3 раза в день);
* желчегонная терапия – ускорение пассажа желчи, улучшение дренажа: холекинетики, холеретики. В т.ч. холензим, аллохол, сорбит, ксилит. ***N.B.*** При калькулезном холецистите назначение желчегонных препаратов не показано (т.е. *противопоказано*), т.к. это может спровоцировать усиление боли и ухудшение самочувствия.

При ЖКБ, связанной с развитием холецистита – *хирургическое лечение*.

***Физиотерапия*:** ток, магнит, ультразвук. В фазу стихания – тепловые процедуры: озокеритовые и грязевые аппликации.

***Санаторно-курортное лечение*** также активно используется.

***Диспансерное наблюдение*:** 2 раза в год с общеклиническими лабораторными тестами и УЗИ (1 раз в год).

**ЛИТЕРАТУРА**

Радужный Н.Л. Внутренние болезни Мн: ВШ, 2007, 365с

Пирогов К.Т Внутренние болезни, М: ЭКСМО, 2005

Сиротко В.Л, Все о внутренних болезнях: учебной пособие для аспирантов, Мн: ВШ, 2008 г.