



**Гастроэзофагеальная
рефлюксная болезнь.**

**Функциональные
заболеваний желудка,
желчевыводящих путей
и кишечника.**

Гастроэзофагельная рефлюксная болезнь

Под термином **"гастроэзофагельная рефлюксная болезнь"** следует подразумевать развитие характерных симптомов и/или воспалительное поражение дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.



Эпидемиология:

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%.

При эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта в 12 - 16% случаев выявляется эзофагит различной степени выраженности.

Развитие стриктур пищевода отмечено в 7 -23%, кровотечения - в 2% случаев эрозивно-язвенного эзофагита.

Пищевод Баррета развивается у 15 - 20 % больных с эзофагитом. Аденокарцинома развивается у 0,5% больных с пищеводом Баррета в год при низкой степени дисплазии эпителия, у 6% в год -при дисплазии высокой степени.

Основные факторы патогенеза:

ГЭРБ рассматривается как составная часть группы кислотозависимых заболеваний, поскольку соляная кислота выступает основным патогенетическим фактором развития симптоматики и морфологических проявлений ГЭРБ. Однако каждый эпизод рефлюкса служит ещё и проявлением недостаточности нижнего пищеводного сфинктера.

ГЭРБ развивается вследствие:

- 1. Снижения функции антирефлюксного барьера, которое может происходить тремя путями:**
 - а) первичное снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере**
 - б) увеличение числа эпизодов его спонтанного расслабления**
 - в) полная или частичная его деструктуризация, например при грыже пищеводного отверстия диафрагмы**

Основные факторы патогенеза:

ГЭРБ развивается вследствие:

2. Снижения клиренса пищевода:

- а)** химического - вследствие уменьшения нейтрализующего действия слюны и бикарбонатов пищеводной слизи
- б)** объемного - из-за угнетения вторичной перистальтики и снижения тонуса стенки грудного отдела пищевода

3. Повреждающих свойств рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты)

4. Неспособности слизистой оболочки пищевода противостоять повреждающему действию

5. Нарушения опорожнения желудка

6. Повышения внутрибрюшного давления.

Различают:

- I. «Эндоскопически позитивную ГЭРБ», где имеет место рефлюкс-эзофагит.
- II. «Эндоскопически негативную ГЭРБ» или неэрозивную ГЭРБ (НЭРБ), где эндоскопические проявления эзофагита отсутствуют, а диагноз устанавливается на основании типичной клинической картины с учетом данных, полученных при других методах исследования (рентгенологическом, рН-метрическом и манометрическом).

Одним из осложнений ГЭРБ является **пищевод Баррета** - появление тонкокишечного метаплазированного эпителия в слизистой оболочке дистального отдела пищевода - потенциально предраковое состояние.

Классификация рефлюкс-эзофагита по Savary-Miller в модификации Carisson et al (1996)

Степень тяжести	Характеристика изменений
0 степень	Признаки рефлюкс-эзофагита отсутствуют
I степень	Одна или более отдельных линейных повреждений (эрозий) слизистой с эритемой, часто покрытых экссудатом, занимающих менее 10% окружности дистального отдела пищевода
II степень	Сливные эрозии слизистой оболочки, занимающие 10-50% окружности дистального отдела пищевода
III степень	Множественные эрозии, занимающие практически всю окружность дистального отдела пищевода
IV степень	Осложненные формы рефлюкс-эзофагита: язва, стриктура, пищевод Баррета

Клиническая картина ГЭРБ:

изжога, отрыжка, срыгивание, болезненное и затрудненное прохождение пищи - являются

мучительными для пациентов, значительно ухудшают качество их жизни, снижают эффективную работоспособность.

Особенно значительно снижается качество жизни больных ГЭРБ с ночной симптоматикой.

Изжога – наиболее характерный симптом, встречается у 83 % больных и появляется вследствие длительного контакта кислого ($\text{pH} < 4$) желудочного содержимого со слизистой пищевода.

Характерным для изжоги является усиление при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении.

Отрыжка – обнаруживается у 52% больных. Усиливается после еды, приема газированных напитков.

Срыгивание пищи , наблюдаемое у некоторых больных ГЭРБ, усиливается при физическом напряжении и при положении, способствующем регургитации.

Дисфагия наблюдается у 19% пациентов. Характерной особенностью является её перемежающийся характер. Основой дисфагии является гипермоторная дискинезия пищевода, нарушающая его перистальтическую функцию.

Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода!

Боль в эпигастральной области, появляющаяся в проекции мечевидного отростка вскоре после еды и усиливающаяся при наклонных движениях.

К другим симптомам ГЭРБ можно отнести: **одинофагию, ощущение кома в горле при глотании, боль в нижней челюсти.**

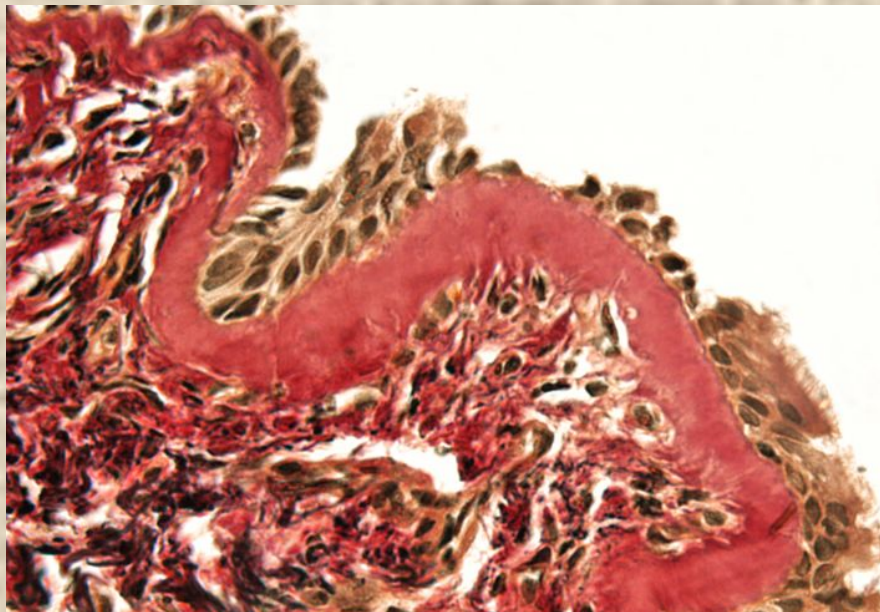
Могут наблюдаться **боли в грудной клетке, в том числе подобные стенокардитическим.**

Существует целый спектр **бронхолегочных и ЛОР проявлений ГЭРБ: хронический кашель, пневмония, бронхиальная астма, синуситы, дисфония, ларингит, бронхообструкция, контактная гранулема, фарингит, эрозии зубов, злокачественное поражение глотки, гортани, голосовых связок.**

Бронхиальная астма в сочетании с ГЭРБ

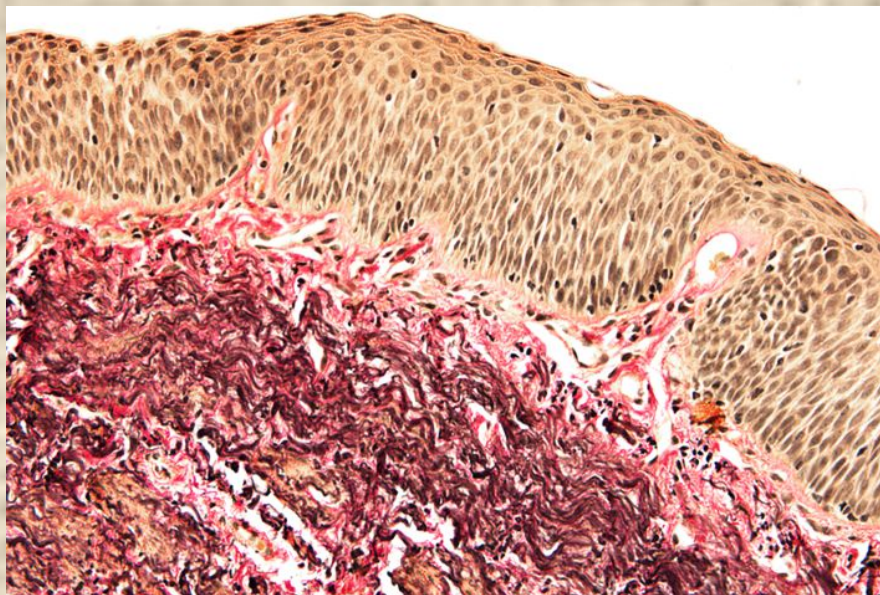
Атрофия и десквамация
бронхиального эпителия,
резкое утолщение
подэпителиальной
базальной пластинки,
выраженный гиперэластоз

Окраска по ван Гизону, $\times 600$



Пролиферация
и плоскоклеточная
метаплазия
бронхиального эпителия

Окраска по ван Гизону, $\times 160$



*По Непомнящих Д.Л.,
Новосибирск, 2007*

Осложнения ГЭРБ:

стриктуры пищевода,
кровотечение из язв пищевода.

Наиболее значимое осложнение - **пищевод Баррета**,
которое включает в себя появление тонкокишечного
метаплазированного эпителия в слизистой оболочке
пищевода.

Пищевод Баррета - предраковое состояние!

Быстро прогрессирующая дисфагия и потеря веса может
указать на развитие аденокарциномы, однако эти
симптомы возникает лишь на поздних стадиях
заболевания, поэтому клиническая диагностика рака
пищевода, как правило, запаздывает.

*Следовательно, основным путем профилактики и ранней
диагностики рака пищевода является диагностика и
лечение пищевода Баррета.*

Пищевод Баррета

ID. No. :

Name :

Sex: Age:

D. O. Birth:

22/12/2005

11:40:35

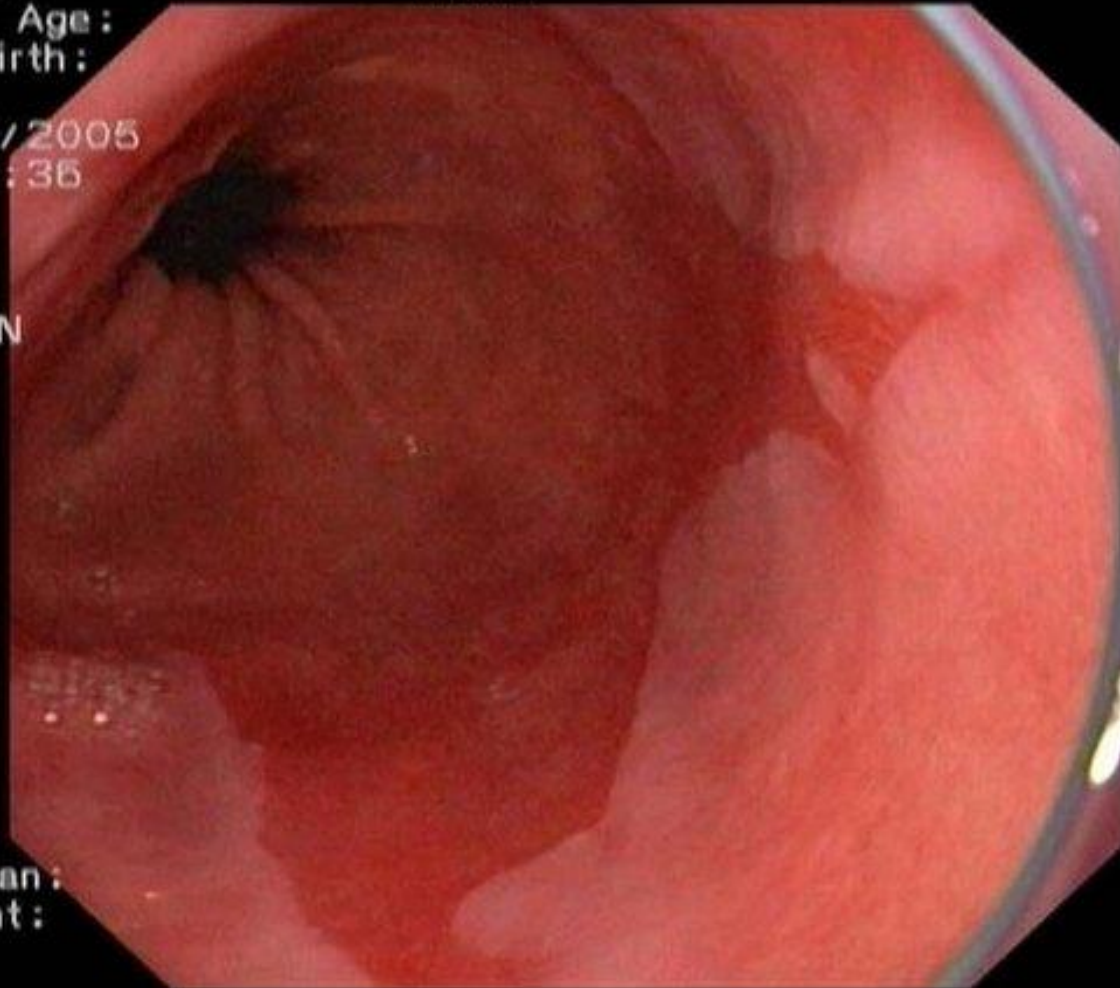
CVP:

D. F:

En:1 Cr:N

Physician:

Comment:



Эндоскопическое исследование:

У больных, предъявляющих жалобы на изжогу, наиболее часто при эндоскопическом исследовании выявляются признаки рефлюкс-эзофагита различной степени выраженности. Выявляется гиперемия и рыхлость слизистой оболочки (катаральный эзофагит), эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести - в зависимости от площади поражения), наличие экссудата, фибрина или признаков кровотечения.



Нормальный
пищевод



Рефлюкс-
эзофагит 1 ст



Рефлюкс-эзофагит с
множественными эрозиями

Методы исследования:

Эндоскопическое исследование.

Может отмечаться:

пролапс слизистой желудка в пищевод (особенно при рвотных движениях), истинное укорочение пищевода с расположением пищеводно-желудочного перехода существенно выше диафрагмы, заброс желудочного или дуоденального содержимого в пищевод. Оценить замыкательную функцию кардии при эзофагоскопии сложно, так как она может быть приоткрыта рефлекторно в ответ на введение эндоскопа и инсуффляцию воздуха.

Во многих случаях клиническая симптоматика и морфологические изменения на клеточном уровне не сопровождаются наличием эзофагита (неэрозивная ГЭРБ).

Методы исследования:

Манометрия:

позволяет изучить показатели движения стенки пищевода и деятельности его сфинктеров.

При ГЭРБ выявляется снижение давления нижнего пищеводного сфинктера, наличие грыжи ПОД, увеличение количества транзиторных расслаблений сфинктера, снижение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода.

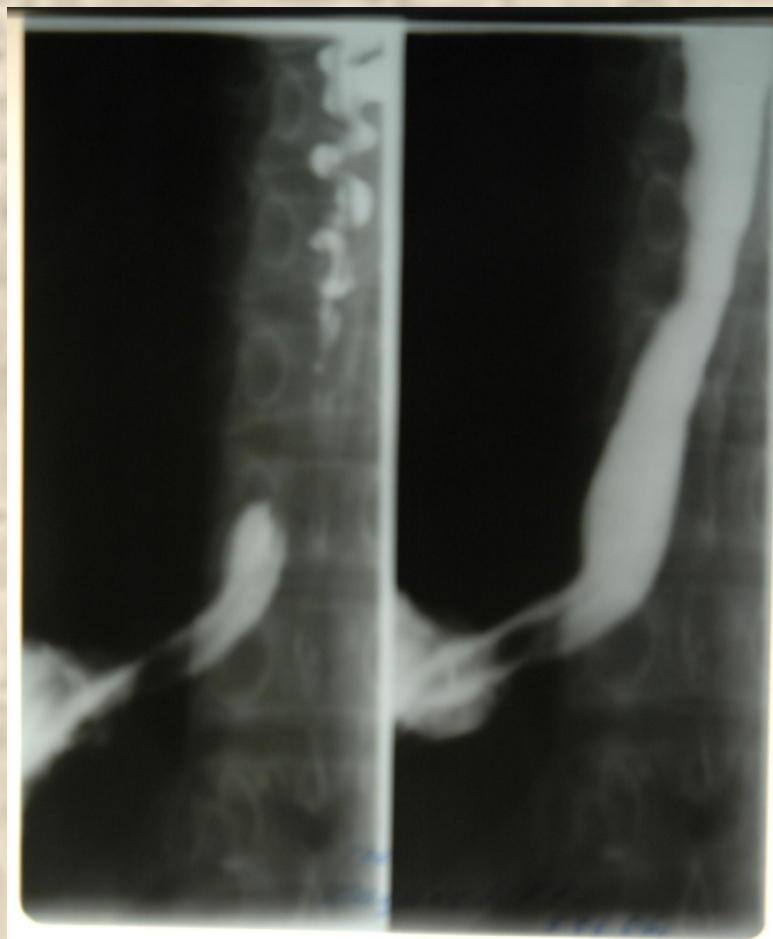
24-х часовая рН-метрия:

Результаты рН-метрии оценивают по общему времени, в течение которого рН принимает значения менее 4-х единиц, общему числу рефлюксов за сутки; числу рефлюксов продолжительностью более 5 минут; длительности наиболее продолжительного рефлюкса.

Имеет наивысшую чувствительность (88-95 %) при выявлении ГЭРБ и индивидуальном подборе лекарственных препаратов.

Методы исследования: Рентгенологическое исследование

**Может указать на наличие грыжи
пищеводного отверстия
диафрагмы, стриктуры
пищевода, диффузного
эзофагоспазма, выявить
рефлюкс как таковой.**



Диффузный эзофагоспазм

Лечение ГЭРБ:

направлено на уменьшение рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищевого клиренса, и защиту слизистой оболочки пищевода.

Базовый курс лечения должен быть не менее одного месяца, а затем в течение 6-12 месяцев больной должен получать поддерживающее лечение.

Принципы лечения:

- ❑ Изменение стиля жизни: необходимо исключить курение и нормализовать массу тела.
- ❑ Нужно избегать употребления кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца. Необходимо исключить употребление алкоголя, очень острой, горячей или холодной еды и газированных напитков.



Лечение ГЭРБ:

- Избегать переедания и не есть за несколько часов до сна.**
- Подъем головного конца кровати.**
- Нежелательность приема препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, антагонисты кальция), а также тех, которые сами могут явиться причиной воспаления (НПВС, доксициклин, хинидин).**
- Необходимо избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, работы наклонившись, ношения тугих поясов, ремней и т.п.**



Медикаментозное лечение:



Антациды и алгинаты эффективны в лечении средневыраженных и нечастых симптомов, особенно тех, которые возникли при нарушении рекомендаций по стилю жизни.

Антациды следует принимать часто, обычно через 1,5-2 часа после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов.

Алгинаты, создавая густую пену на поверхности содержимого желудка при каждом эпизоде рефлюкса возвращаются в пищевод, оказывая лечебное воздействие. Влияние алгинатов двояко:

- 1) за счет содержания антацидов они обладают кислотонейтрализующим действием
- 2) попадая в пищевод, они образует защитную пленку, создающую градиент рН между слизистой оболочкой и просветом пищевода и защищающую слизистую от агрессивного влияния желудочного сока.

Первое **«золотое» правило** - не всасывающиеся антациды не всасываются, а значит их можно применять сколь угодно долго, не опасаясь нежелательных, побочных, системных и иных неблагоприятных эффектов

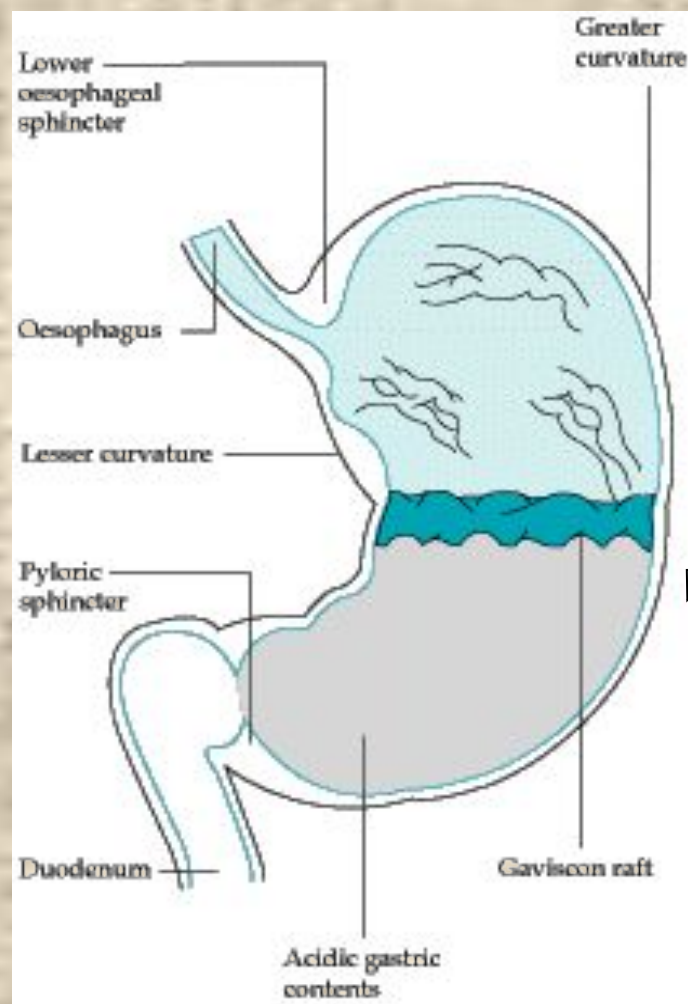
- В 1977 г. W.Каehny и соавт. обнаружили **повышение уровня алюминия** в плазме и моче после приема **алюминийсодержащих антацидов** у людей с нормальной функцией почек, тогда как ранее считалось, что он не всасывается при приеме внутрь.
- При взаимодействии **алюминия гидроокиси**, входящей в состав **антацидов**, с кислотой в желудке может всасываться от **17 до 30%** образующегося алюминия хлорида (Berthon G., 2002)

Химия альгинатов

Альгиновые кислоты (от лат. alga-морская трава, водоросль) – это полисахариды, молекулы которых построены из остатков-D-маннуроновой и-L-гулууроновой кислот

Дозировки и кратность приема гевискона:

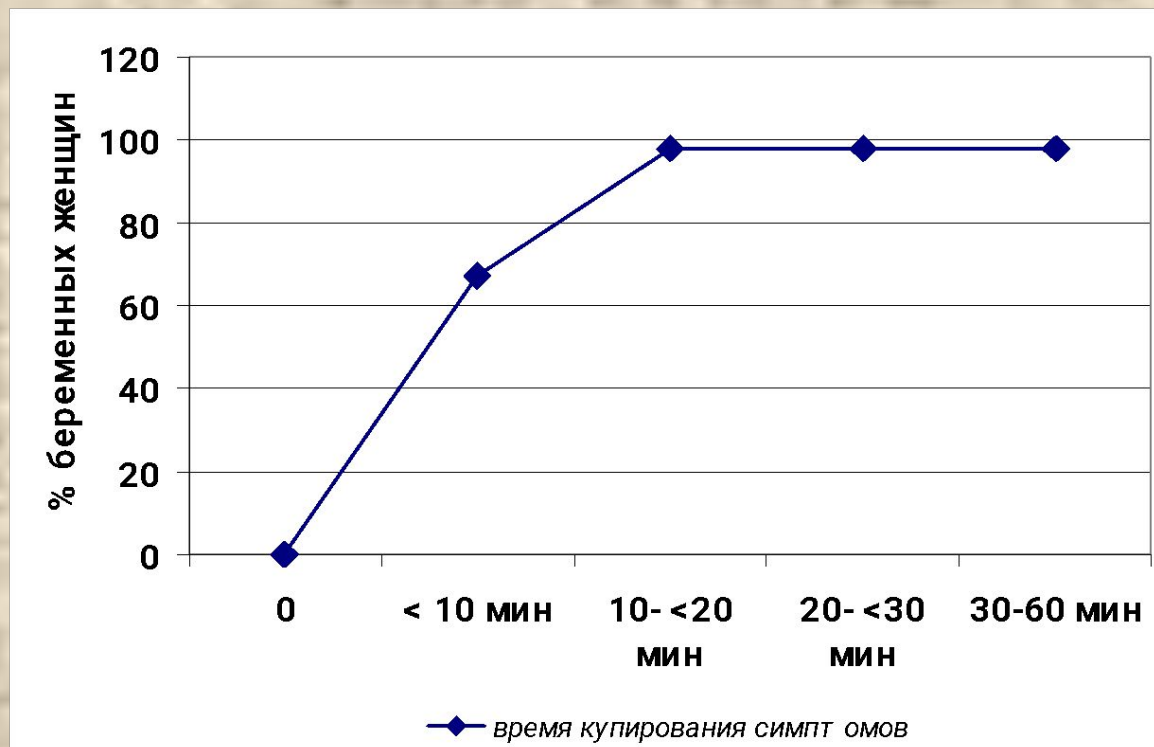
**По 10 мл. суспензии четыре раза в день -
через 30-40 мин. после основных приемов
пищи и на ночь.**



Одновременный прием **Гевискона** и Омепразола **не влияет** на формирование и длительность функционирования **альгинатного барьера Гевискона**

Dettmar et al., 2005

Применение Гевискона у беременных женщин



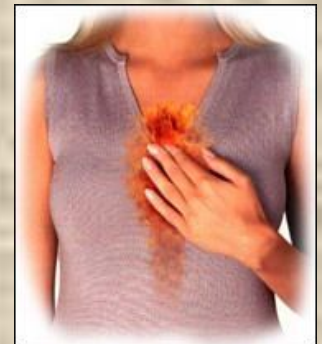
- Полное купирование изжоги и тяжести в эпигастральной области через 4 недели было отмечено у **91 %** пациенток
- Хорошая переносимость Гевискона отмечена у **90 %** пациенток
- Гевискон не оказывает побочного действия на здоровье матери и будущего ребенка

Прокинетики приводят к восстановлению нормального физиологического состояния пищевода, эффективно воздействуя на лежащие в основе патологии причины: повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливают перистальтику пищевода и улучшают пищеводный клиренс.

Мотилиум нормализует двигательную функцию верхних отделов пищеварительного тракта. Приводит также и к восстановлению нормального физиологического состояния желудка, восстанавливая активную перистальтику желудка и улучшая антродуоденальную координацию.

Мотилиум устраняет регургитацию, уменьшает процент рецидивов и хорошо переносится при длительном лечении.

Мотилиум назначают в дозе 10 мг 4 раза в день.



Ганатон® – общие сведения о препарате

1. Активное вещество: 50 мг итоприда гидрохлорида в 1 таб
2. Показания: Лечение желудочно-кишечных симптомов, вызванных нарушениями моторики пищеварительной системы: переполнение живота, боли в эпигастрии, снижение аппетита, изжога, тошнота и рвота, возникающие при неязвенной диспепсии, в том числе на фоне хронического гастрита.
3. Дозы и кратность приема: 3 раза в день 1 таб. перед едой (150 мг в день)
4. Противопоказания: желудочно кишечное кровотечение, непроходимость, перфорация, аллергия
5. Взаимодействия с другими препаратами: нет - в связи с особенностями метаболизма через ФМО (не CYP 450); эффективность может уменьшаться при одновременном приеме холинолитиков
6. Побочные эффекты: редки: аллергия, диарея, запор, боль в эпигастрии, головная боль, повышение уровня пролактина, лейкоцитопения
7. Фармакокинетика: биодоступность - 60%, C_{max} – 0,5ч после приема, выведение – 75% через почки, $T_{1/2} = 6ч$, 96%^{макс} связывание с белками плазмы
8. Упаковка: таблетки по 50 мг (МР - блистеры)

Новая концепция: ДВОЙНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ



Ингибирование
ацетилхолинэстеразы
УСИЛЕНИЕ МОТОРИКИ

Антагонизм к
допаминным D_2 рецепторам
УСИЛЕНИЕ МОТОРИКИ
Антиэметический эффект

Ганатон® – характеристики

- Селективность к рецепторам: селективен к D2-рецепторам
- Эффекты в отношении ЦНС: высокополяризованный, не проходит через гематоэнцефалический барьер так легко, как метоклопрамид
- Эффекты в отношении сердечно-сосудистой и дыхательной системы: нет
- Увеличение продукции пролактина: редко (в сравнении с метоклопромином и домперидоном, у которых наблюдается более часто)

Второе «золотое» правило –
больным со всеми формами
гастроэзофагеальной рефлюксной
болезни нужно на длительное время
назначать ИПП и это является не
только наиболее наиболее
эффективным, но также и
рентабельным? и безопасным??
(терапия step down) .

- При наличии эрозивного эзофагита необходимо назначение **ингибиторов протонной помпы** (омепразол, рабепразол и др):
- эффективный контроль уровня pH в нижней трети пищевода
 - из-за уменьшения времени контакта кислоты со слизистой пищевода симптомы заболевания уменьшаются в интенсивности и быстро (в течение первых 2 суток) исчезают.
 - мощное угнетение кислотной продукции является главным фактором и для заживления эрозивно-язвенных поражений слизистой пищевода у больных ГЭРБ
 - назначение ингибиторов протонной помпы должно быть средством выбора для лечения тяжелых эзофагитов, причем курс лечения должен составлять не менее 8 недель.



Функциональная диспепсия

определяется как комплекс клинических симптомов (боли или ощущение жжения в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области или раннего насыщения), возникающих не менее чем за 6 мес до постановки диагноза и отмечающихся в течение последних 3 мес (Римские критерии III, 2006).

Характеристика симптомов, входящих в синдром диспепсии

Симптомы	Определение
Боли в подложечной области по срединной линии	Боли субъективно воспринимаются как неприятные ощущения: некоторые пациенты могут чувствовать как бы «повреждение тканей». Другие симптомы могут беспокоить больного, но он не определяет их как боли. При расспросе пациента необходимо различать боли и чувство дискомфорта
Дискомфорт в подложечной области по срединной линии	Неприятное субъективное ощущение, которое пациент не интерпретирует как боли и которое при более детальной оценке может включать указанные ниже симптомы

Характеристика симптомов, входящих в синдром диспепсии

Симптомы	Определение
Раннее насыщение	Ощущение, что желудок переполняется сразу после начала еды независимо от объема принятой пищи, в результате прием пищи не может быть завершен
Чувство переполнения	Неприятные ощущение задержки пищи в желудке, которое может быть связано или не связано с приемом пищи
Вздутие в эпигастральной области	Чувство распираания в подложечной области, которое необходимо отличать от видимого вздутия живота
Тошнота	Ощущение дурноты и приближающейся рвоты

Диспепсические расстройства – одни из наиболее распространенных симптомов гастроэнтерологических заболеваний. В развитых странах Западной Европы наблюдаются примерно у 30-45% населения и служат причиной 4-5% обращений к врачу общей практики.

Органическая диспепсия

1/3 случаев

Выявляют:

язвенную болезнь,
рак желудка,
хронический холецистит,
хронический панкреатит

Функциональная (неязвенная) диспепсия

2/3 случаев

Диспепсические расстройства сохраняются более 12 недель и в клинической картине заболеваний нет таких симптомов, как исчезновение болей после дефекации, изменение частоты стула и консистенции кала (*признаков СРК*)

Функциональная (неязвенная) диспепсия

```
graph TD; A[Функциональная (неязвенная) диспепсия] --> B[Синдром боли в эпигастральной области (язвенноподобный вариант)]; A --> C[Постпрандиальный дистресс-синдром (дискинетический вариант)];
```

Синдром боли в эпигастральной области (язвенноподобный вариант) – боли в подложечной области натошак, иногда ночью и исчезающие после приема пищи

Постпрандиальный дистресс-синдром (дискинетический вариант) – тяжесть и чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошнота

Функциональная (неязвенная) диспепсия

- Установлено отсутствие связи между гастритическими изменениями слизистой оболочки желудка (СОЖ) и наличием у больных симптомов диспепсии
- У подавляющего большинства хронический гастрит протекает бессимптомно, и многие чувствуют себя практически здоровыми
- Не удалось установить однозначную связь между обнаружением *H.pylori* в СОЖ и выраженностью диспепсических жалоб
- Эрадикация *H.pylori* способствует уменьшению активности хронического гастрита, но очень часто не приводит к исчезновению у больных симптомов диспепсии

Ведущую роль в возникновении симптомов диспепсии у больных хроническим гастритом играют нарушения ***нарушения двигательной функцией желудка и 12-перстной кишки:***

- Расстройства аккомодации желудка (способности расслабляться в ответ на прием пищи)
- Нарушения ритма перистальтики желудка
- Ослабление моторики антрального отдела с ослаблением эвакуаторной функции желудка
- Расстройства антро-дуоденальной координации

Непосредственной причиной возникновения двигательных нарушений может быть повышенная чувствительность рецепторного аппарата стенки желудка к растяжению (висцеральная гиперчувствительность).

Установлена четкая положительная корреляция между конкретными диспепсическими расстройствами и определенными нарушениями двигательной функции желудка и 12-перстной кишки.

Механизм	Частота, %	Коррелирующие симптомы
Гастропарез	25-40%	Чувство переполнения после еды, тошнота, рвота
Нарушения аккомодации	40%	Раннее насыщение
Повышенная чувствительность стенки желудка к растяжению	60%	Чувство переполнения, боли натощак

Диагностика и дифференциальная диагностика:

ЭГДС, УЗИ, клинические и биохимические лабораторные исследования крови, мочи, кала



Исключение заболеваний, служащих наиболее частой причиной **органической диспепсии** (рак желудка, язвенная болезнь и др.)

Вероятность выявления повышается

Наличие симптомов тревоги или «красных флагов»:

- Дисфагия
- Рвота с кровью, мелена, гематокезия
- Немотивированное похудание
- Возникновение симптомов диспепсии впервые в возрасте > 45 лет

- Анемия
- Лейкоцитоз
- Повышение СОЭ

Алгоритм обследования и лечения больных с синдромом диспепсии

Синдром диспепсии

Обследование: эндоскопическое исследование, УЗИ, анализы крови

Язвенная болезнь

Н.Р+

АС
препараты
+
эрадикация

Н.Р –

АС
препараты

ГЭРБ

Эрозив-
ная

АС
препараты +
прокинетики

Неэро-
зивная

Прокинетики

Функциональная диспепсия

Постпрандиаль-
ный дистресс-
синдром

Прокинетики

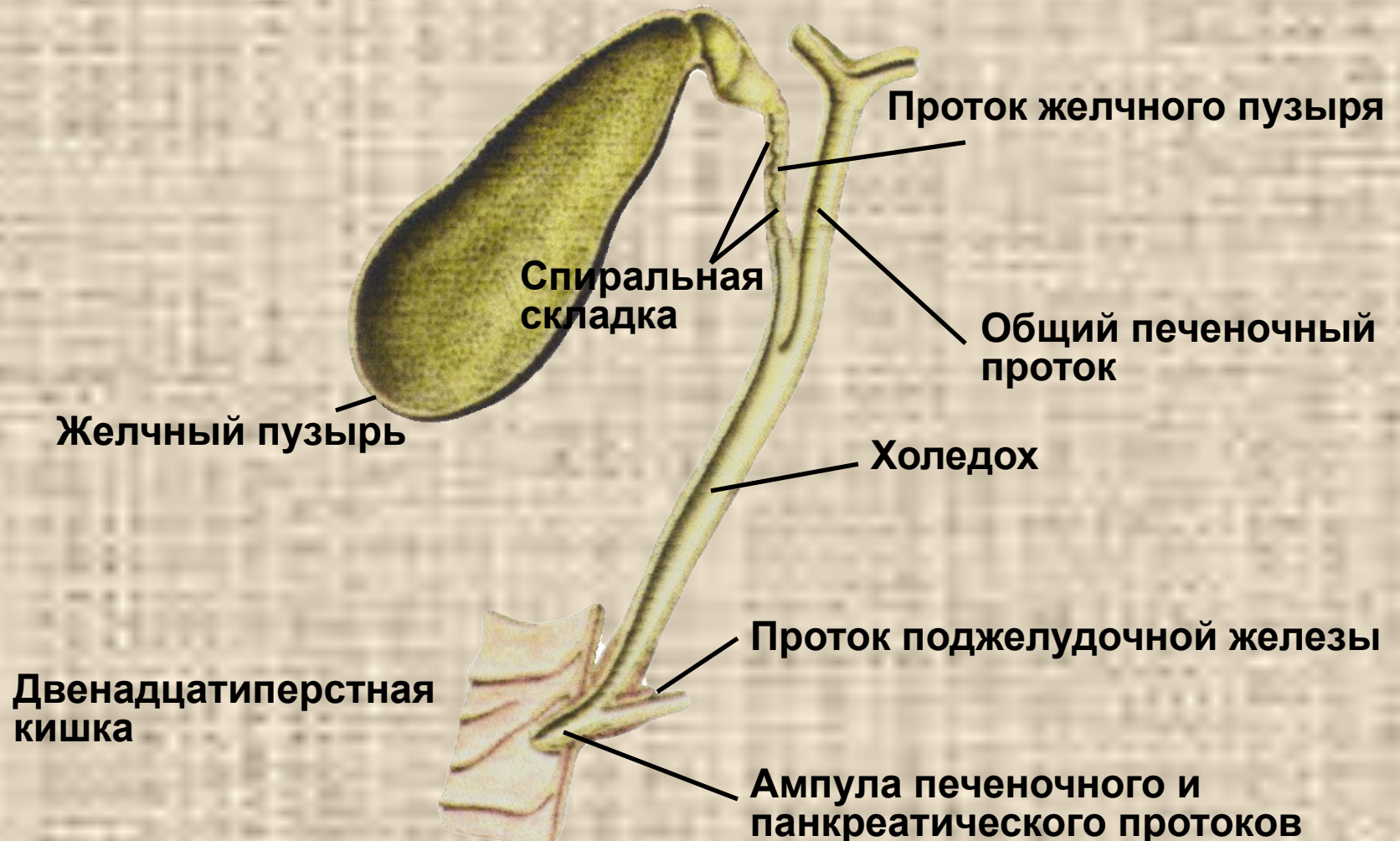
Синдром боли в
эпигастральной
области

АС препараты
+ антациды +
эрадикация

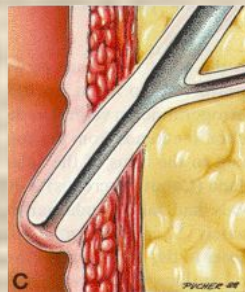
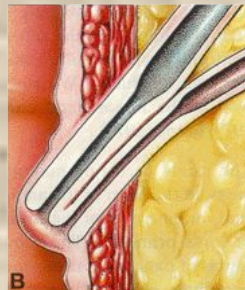
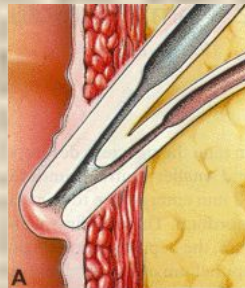
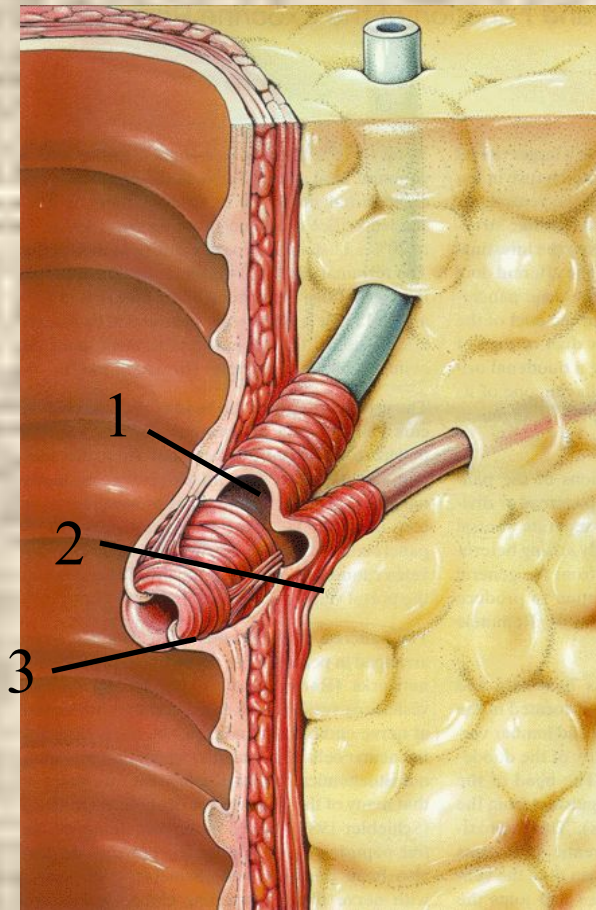
Функциональные заболевания желчевыводящих путей (билиарного тракта):

**классификация, диагностика,
клиническая
картина и терапия**

Билиарный тракт



Анатомические элементы сфинктера Одди



1. Сфинктер холедоха
2. Сфинктер панкреатического протока
3. Сфинктер ампулы большого дуоденального сосочка

Классификация функциональных расстройств билиарного тракта

- I. Первичные дискинезии, обуславливающие нарушение оттока желчи и/или панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий**
 - ◆ **Дисфункция желчного пузыря**
 - ◆ **Дисфункция сфинктера Одди**
- II. Вторичные дискинезии билиарного тракта, сочетающиеся с органическими изменениями желчного пузыря и сфинктера Одди**

По функциональному состоянию различают:

- ◆ **Гиперфункция (гиперкинетический тип при дисфункции ЖП и гипертония сфинктера Одди)**
- ◆ **Гипофункция (гипокинетический тип при дисфункции ЖП и гипотония или атония сфинктера Одди)**

Диагностические тесты при заболеваниях билиарного тракта

Скрининговые

- ❖ Функциональные пробы печени, панкреатические ферменты в крови и моче
- ❖ Ультрасонография (УЗИ)
- ❖ ЭГДС

Уточняющие

- ❖ УЗИ с оценкой функции желчного пузыря и сфинктера Одди
- ❖ ЭРХПГ с манометрией сфинктера Одди
- ❖ Гепатобилисцинтиграфия с ^{99m}Tc
- ❖ Медикаментозные тесты (с холецистокинином или морфином)

Дисфункции билиарного тракта сопровождаются:

- ❖ **Нарушением процессов переваривания и всасывания**
- ❖ **Развитием избыточного бактериального роста в кишечнике**
- ❖ **Нарушением моторной функции желудочно-кишечного тракта**

Критерии диагностики дисфункции желчного пузыря

- 1. Наличие болей билиарного типа (приступообразные, в правом подреберье или эпигастрии, продолжительностью не менее 20 минут, сохраняющиеся в течение 3 месяцев и более) в сочетании с одним и более признаков:**
 - Иррадиация в спину или в правую лопатку**
 - Возникновение после приема пищи и в ночные часы**
 - Тошнота, рвота**
- 2. Нарушение функции желчного пузыря**
- 3. Отсутствие структурных изменений билиарной системы**

Критерии диагностики дисфункции сфинктера Одди

- 1. Приступообразные боли билиарного или панкреатического типа, продолжительностью более 20 минут, повторяющиеся в течение 3 месяцев и более**
- 2. Транзиторное повышение уровня аминотрансфераз, щелочной фосфатазы и/или панкреатических ферментов в период болевых приступов**
- 3. Умеренное расширение холедоха при отсутствии структурных изменений билиарной системы**
- 4. Наличие в анамнезе холецистэктомии**

Дисфункция сфинктера Одди при патологии билиарного тракта выявляется:

- ☐ После холецистэктомии (чаще при удалении функционирующего пузыря)
- ☐ При хроническом идиопатическом рецидивирующем панкреатите
- ☐ При наличии приступов билиарных болей у больных с отсутствием структурных изменений желчного пузыря и билиарных протоков

Клинические типы дисфункции сфинктера Одди

- 1. Билиарный**
- 2. Панкреатический**

Примерная формулировка диагноза

- 1. Постхолецистэктомический синдром: ДСО билиарного (панкреатического) типа. Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия в 1990 г.**
- 2. Хронический рецидивирующий (обструктивный) панкреатит в фазе обострения, обусловленный ДСО. Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия в 1998 г.**

Билиарный тип ДСО

Эпизоды сильных болей с локализацией в эпигастрии или правом подреберье, характеризующиеся :

- ❖ **Продолжительностью 30 мин и более**
- ❖ **Частотой 1 и более раз за предшествующие 12 мес.**
- ❖ **Боль устойчива и нарушает дневную активность или приводит к обращению ко врачу**
- ❖ **Отсутствием доказательств органической патологии, объясняющей симптомы.**

Билиарная дисфункция сфинктера Одди 1 типа

Приступ болей билиарного типа в сочетании с 3 следующими признаками:

- Подъем АСТ и/или ЩФ в 2 и более раз при 2-кратных исследованиях.**
- Замедленное выведение контрастного вещества при ЭРПХ (более 45 мин)**
- Расширение общего желчного протока более 12 мм.**

Билиарная дисфункция сфинктера Одди 2 типа

Приступ болей билиарного типа в сочетании с 1 или 2 следующими признаками:

- Подъем АСТ и/или ЩФ в 2 и более раз при 2-кратных исследованиях.**
- Замедленное выведение контрастного вещества при ЭРПХ (более 45 мин)**
- Расширение общего желчного протока более 12 мм.**

Билиарная дисфункция сфинктера Одди 3 типа

Только приступ болей билиарного типа

Классификация дисфункции сфинктера Одди

Тип	Билиарного типа	Повышение АЛТ и/или ЩФ более 2 норм	Расширение общего желчного протока более 12 мм	Замедленное выделение контраста – более 45 мин
1	+	+	+	+
2	+	+/-	+/-	+/-
3	+	-	-	-

Панкреатический тип ДСО

В его наиболее очевидной форме (подобно билиарному типу 1) панкреатический тип ДСО может быть представлен классическим панкреатитом с эпигастральными болями, которые часто иррадируют в спину и сопровождаются повышением сывороточной амилазы или липазы. Отсутствие традиционных причин панкреатита (отсутствие злоупотребления алкоголем и камней) часто приводит к диагнозу идиопатического рецидивирующего панкреатита.

При менее очевидных формах (подобно 3 типу билиарной ДСО) боли носят похожий характер, но нет подъема панкреатических ферментов, у многих подобных пациентов симптоматология может быть проявлением синдрома функциональных абдоминальных болей.

Диагностические исследования, уточняющие состояние сфинктера Одди

Скриннинговые

- ✓ Определение в крови уровня аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, билирубина, амилазы, липазы
- ✓ Проведение морфинового теста.
- ✓ Ультразвуковое исследование
- ✓ Гепатобилисцинтиграфия (при наличии возможности)
- ✓ Эзофагогастродуоденоскопия.

Уточняющие

- ✓ Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреография.
- ✓ Манометрия сфинктера Одди

Лечение дисфункциональных расстройств билиарного тракта

Купирование болевого синдрома:

- ❑ Антихолинэргические средства (атропин, платифиллин, бускопан)
- ❑ Нитраты (нитроглицерин, нитросорбит)
- ❑ Селективные блокаторы кальциевых каналов (дицетел)
- ❑ Миотропные спазмолитики неселективные и селективные (дюспаталин, одестон)

При гипофункции желчного пузыря:

- ❑ Холеретики (препараты, содержащие желчь, препараты растительного происхождения – гепабене, гепатофальк, синтетические препараты – никодин)
- ❑ Холекинетики (мотилиум, сульфат магния, холецистокинин, оливковое масло, сорбит, ксилит)

Лечение дисфункциональных расстройств билиарного тракта

Дисфункция сфинктера Одди:

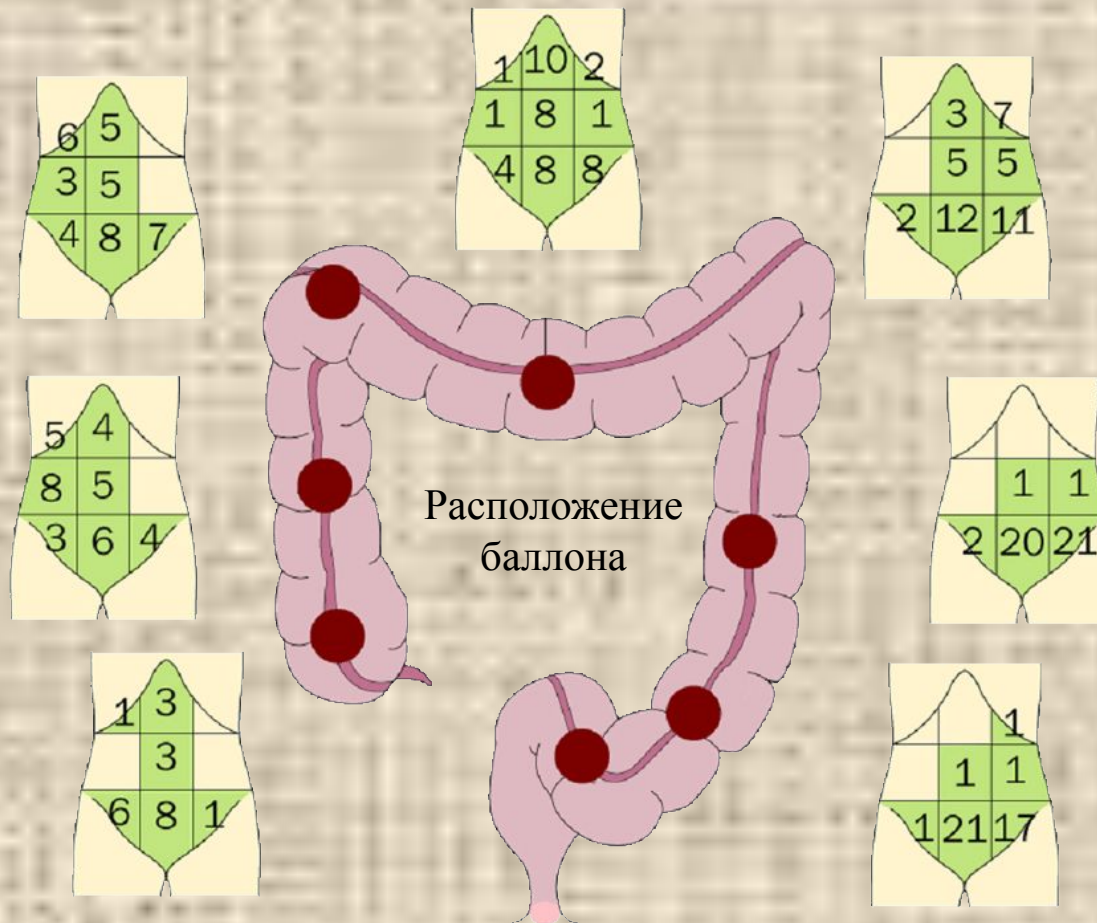
- 1 тип **билиарного** типа – папиллосфинктеротомия
- 2 и 3 тип – медикаментозное лечение

Панкреатический тип дисфункции сфинктера Одди:

- Оперативная сфинктеропластика
- Селективные спазмолитики
- Деконтаминационная терапия (тетрациклин, эрсефурил, интетрикс с последующим назначением про- и пребиотиков)
- Ферменты (креон, панцитрат)

Синдрома раздраженного кишечника (Римские критерии III)

Локализация абдоминальной боли, вызванное растяжением баллона



Субъективная локализация провоцируемой абдоминальной боли у 48 пациентов с СРК.
Swarbrick et al., 1980

Патогенез СРК

Факторы агрессии при СРК

- ☐ Психосоматические нарушения, реализующиеся по оси: мозг-кишечник-мозг.
- ☐ Повышение висцеральной чувствительности рецепторов кишечника к нейромедиаторам, гастроинтестинальным гормонам, метаболитам и др.
- ☐ Нарушение состава кишечного содержимого.
- ☐ Изменение количественного и качественного состава кишечной микрофлоры.

Факторы защиты при СРК

- ☐ Изменение моторной функции кишечника (спастическая или гипермоторная дискинезия, или их чередование)
- ☐ Избыточное слизиобразование

Диагностические критерии* СРК

Рецидивирующая боль в животе или дискомфорт по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 мес, связанные с двумя или более из нижеследующих признаков:**

- **улучшение после дефекации;**
- **начало связано с изменением частоты стула;**
- **начало связано с изменением формы стула.**

Дополнительными симптомами являются:

- **патологическая частота стула (<3 раз в неделю или > 3 раз в день);**
- **патологическая форма стула (комковатый/твердый стул или жидкий/водянистый стул);**
- **натуживание при дефекации;**
- **императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие**

Примечание.

**Критерии присутствуют в течение последних 3 мес с началом симптомов не менее 6 мес до того.*

***Дискомфорт означает неприятное ощущение, не описанное как боль.*

Симптомы “тревоги”, исключающие диагноз СРК

<i>Жалобы и анамнез</i>	<i>Физикальное обследование</i>
■ немотивированная потеря массы тела ■ ночная симптоматика ■ постоянные интенсивные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ ■ начало в пожилом возрасте ■ рак толстой кишки у родственников	■ лихорадка ■ изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия и др.) ■ <i>Лабораторные показатели:</i> ■ кровь в кале ■ лейкоцитоз ■ анемия ■ увеличение СОЭ ■ изменения в биохимии крови

После того как диагноз СРК установлен, необходимо субклассифицировать пациента по преобладающему симптому, чтобы в дальнейшем правильно определить лечебную тактику. Однако здесь можно столкнуться с трудностями интерпретации жалоб больного.

Стул может быть твердым, а дефекации частые (псевдодиарея).

Необходимость натуживания при дефекации может встречаться при мягком или водянистом кале.

Некоторые пациенты жалуются на запор, потому что испытывают непродуктивные императивные позывы на дефекацию или чувство неполного опорожнения.

Бристольская шкала форм кала

Большое время
транзита
(100 часов)

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

Короткое время транзита
(10 часов)

Разделение СРК по преобладающей форме стула

1. СРК-С: с преобладанием запора – твердый или комковатый стул $>25\%$ и жидкий или водянистый стул $<25\%$ дефекаций.
2. СРК-D: с преобладанием диареи – жидкий или водянистый стул $>25\%$ и твердый или комковатый стул $<25\%$ дефекаций.
3. СРК-M: смешанный СРК – твердый или комковатый стул $>25\%$ и жидкий или водянистый стул $> 25\%$ дефекаций.
4. СРК-U: неклассифицируемый, альтернирующий, перемежающийся вариант СРК – имеющиеся расстройства консистенции стула недостаточны для применения критериев первых трех вариантов СРК.

Лечение СРК

1. Лечебное питание.

Набор продуктов определяется их переносимостью, характером моторных расстройств, преобладанием протеолитической (гнилостной) или сахаролитической (бродильной) микрофлоры.

Диета должны быть полноценная с нормальным содержанием белков, жиров и углеводов (мясо, рыба нежирных сортов в отварном, запеченом виде с гарнирами из круп, отварных овощей). Исключаются острые приправы, продукты, богатые эфирными маслами, сырые овощи, фрукты, ограничивается молоко.

2. Коррекция психоэмоциональных нарушений (с участием психотерапевта).

Включает прием психотропных средств, в первую очередь, антидепрессантов, психотерапию, аутогенные тренировки, лечебную физкультуру.

Лечение СРК

3. Нормализация моторно-эвакуаторной функции кишечника.

При СРК с преобладанием запоров нормализации моторики кишечника способствуют: холинолитики, спазмолитики, серотонинергические препараты, аналоги соматостатина, антагонисты холецистокинина, α -адренолитики:

Дюспаталин (мебеверин) – селективный спазмолитик

Дицетел (пинавериум бромид) – селективный блокатор кальциевых каналов

Бускопан (гиосцин-N-бутилбромид)

Метеоспазмил (миотропный спазмолитикалверин цитрат + симетикон)

Слабительные: лактулоза, форлакс

При СРК с преобладанием поносов:

Имодиум (лоперамид)

Лечение СРК

4. Восстановление нормального состава кишечной микрофлоры и химизма кишечного содержимого.

Для нормализации качественного и количественного содержания микрофлоры кишечника используются пробиотики и пребиотики.

Показаниями для назначения антибактериальных препаратов являются:

- 1. Наличие избыточного бактериального роста в кишечнике и, прежде всего, в тонкой кишке**
- 2. Выявление при посевах кала условно патогенной микрофлоры**
- 3. Отсутствие эффекта от предшествующей терапии, не включающей антибактериальные средства.**

