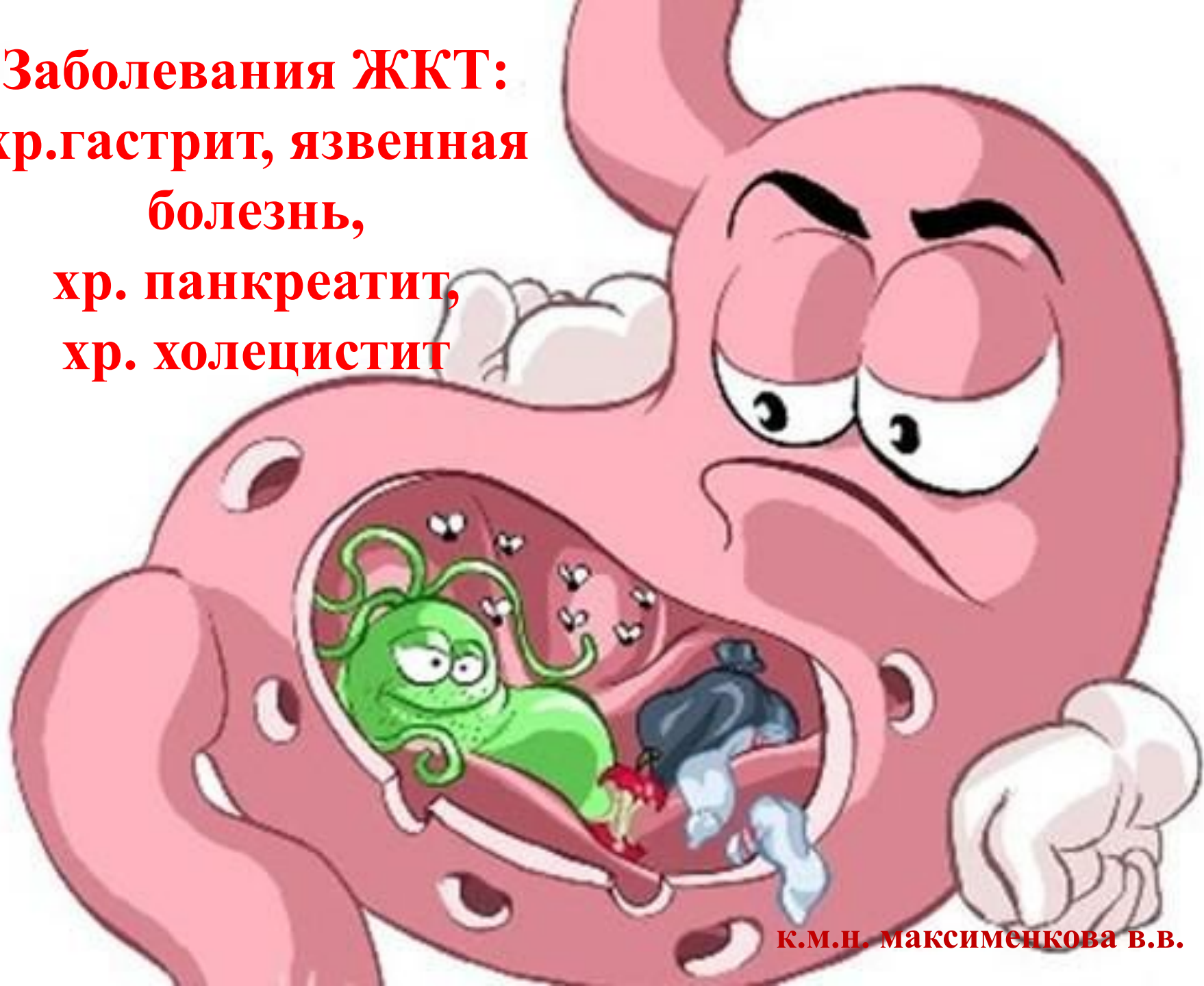


**Заболевания ЖКТ:
хр.гастрит, язвенная
болезнь,
хр. панкреатит,
хр. холецистит**



◎ **Гастрит (gastritis)** - воспаление слизистой оболочки и более глубоких слоев стенки желудка.

◎ **Хронический гастрит** - это хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание желудка, сопровождающееся структурной перестройкой его слизистой оболочки с прогрессирующей атрофией железистого эпителия; нарушениями секреторной, моторной функций.

◎ **Хронический гастрит** считается самым распространенным заболеванием системы пищеварения, которое встречается не менее чем у 60 % в общей популяции обследованного населения (по данным биопсии).

- ◎ Классификация гастритов по этиологии.
- ◎ • Аутоиммунный фундальный гастрит или гастрит типа А (5 %).
- ◎ • Ассоциированный с НР (бактериальный) антральный гастрит или ХГ типа В (не менее 80 %).
- ◎ • Химически обусловленный или ХГ типа С (рефлюкс-гастрит) (10-15 %).
- ◎ • Смешанный гастрит или ХГ типа А+В.

⦿ Классификация

⦿ • Особые формы:

- ⦿ - гранулематозный, лимфоцитарный, эозинофильный;
 - ⦿ - эрозивный геморрагический;
- ⦿ - гигантский гипертрофический (болезнь Менетрие);
- ⦿ - антральный ригидный (склерозирующий)гастрит;
- ⦿ - сопутствующий хронический гастрит (при анемии, раке и т. д.);
 - ⦿ - идиопатический - причина не выявлена.
- ⦿ **Классификация гастритов по топографии:**
 - ⦿ • антральный;
 - ⦿ • фундальный;
 - ⦿ • пангастрит.



⊙ Классификация гастритов по морфологии (по данным биопсии):

- ⊙ • активный (с инфильтрацией слизистой антрального отдела желудка);
 - ⊙ • атрофический;
 - ⊙ • с кишечной метаплазией.

⊙ В зависимости от характера секреции выделяют классификацию хронических гастритов по функциональному признаку:

- ⊙ • с нормальной или умеренно повышенной секрецией;
 - ⊙ • с секреторной недостаточностью.

⦿ *Этиология.*

Причины:

- 1) инфицирование слизистой оболочки желудка Helicobacter pylori (HP); значительно реже вирусами герпеса, грибковой флорой;*
- 2) определенный генетический фактор, приводящий к образованию аутоантител к обкладочным клеткам;*
- 3) повреждающее действие дуоденального содержимого (желчных кислот) на слизистую оболочку желудка и органосберегающих операций.*

⦿ *Этиология.*

⦿ Экзогенные факторы:

- 1) *нарушение питания* (ритма приема пищи, переедание, злоупотребление грубой, острой, горячей пищей);
- 2) *курение и алкоголь;*
- 3) *длительный прием некоторых лекарственных средств* (НПВС, преднизолон).

Эндогенные факторы:

- 1) *хр. инфекции* (полости рта и носоглотки, хр. холецистит, туберкулез и т. д.);
- ⦿ 2) *заболевания эндокринной системы* (СД);
- 3) *нарушение обмена веществ* (ожирение, подагра);
- 4) *заболевания, приводящие к тканевой гипоксии* (СН и легочная недостаточность и пр.);

◎ Патогенез

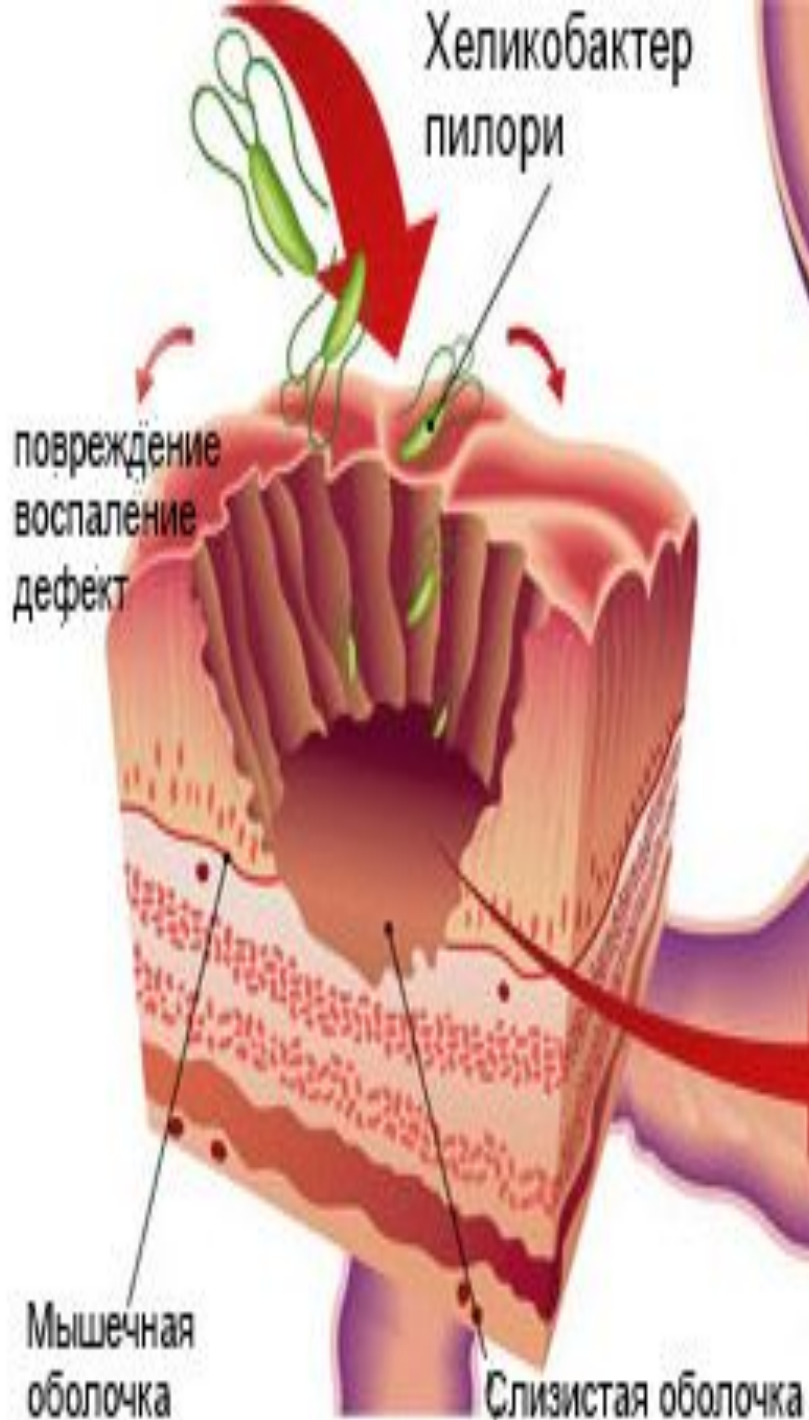
◎ Атрофический (аутоиммунный) гастрит или гастрит типа А

- ◎ возникает вследствие развития атрофии слизистой тела и дна желудка, при слабой выраженности воспалительных изменений.

Патогенез обусловлен появлением антител к париетальным клеткам желудка с последующим развитием гипо- и ахлоргидрии. Нередко из-за недостатка внутреннего фактора Касла возникает В₁₂-дефицитная анемия. Часто атрофический гастрит сочетается с гипотиреозом, СД.

◎ Патогенез

- ◎ Хеликобактерный гастрит (бактериальный) антральный гастрит или ХГ типа В.
- ◎ Возникает вследствие неблагоприятного влияния *НР* и факторов агрессии (в частности, *НС1*) на процессы регенерации слизистой оболочки желудка, протекающие с выраженными воспалительными явлениями на фоне ослабления факторов защиты.



Пептическая язва желудка и 12-ти перстной кишки вызвана инфекцией хеликобактер пилори, которая повреждает слизистую оболочку и формирует дефект ткани в результате воспаления.

Пептическая язва желудка

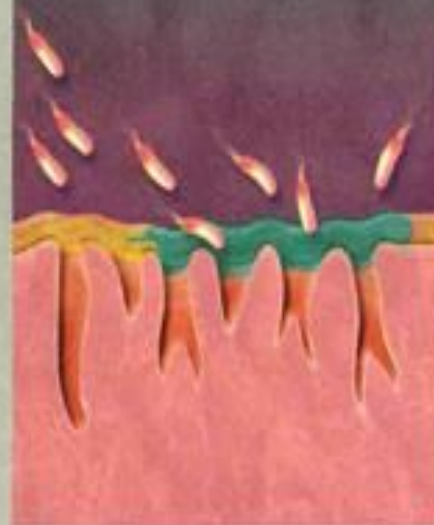
1 С помощью жгутиков бактерия хеликобактер пилори зарывается в слой слизи, который защищает желудок



2 Бактерия выделяет определенный фермент - уреазу, в конечном итоге нейтрализующую кислоты желудочного сока в определенной области (обозначено зеленым цветом)



3 Для бактерий благоприятен повышенный уровень pH, и они размножаются все активнее



4 Бактерии поедают всю слизь, после чего мигрируют. Часть желудка уже не защищена от разъедающего воздействия кислоты, вследствие чего развивается язва желудка



◎ Патогенез

◎ Химически обусловленный или ХГ типа С (рефлюкс-гастрит).

◎ Он подразделяется на *рефлюкс гастрит* и *медикаментозную форму* гастрита. При дуоденогастральном рефлюксе в просвет желудка постоянно забрасывается кишечное содержимое вместе с желчью, оказывающими токсическое воздействие на эпителиальные клетки.

Медикаментозная форма связана с длительным воздействием лекарств или проф. вредностей. При этом типе ХГ всегда поражается антральный отдел, а затем и проксимальные отделы желудка.

Моторная функция желудка

Проксимальный отдел:

1. Нет электрической активности гладких мышц стенки желудка
2. Медленные тонические сокращения
3. Основная функция - накопительная

Дистальный отдел:

1. Базальная электрическая активность
2. Перистальтические фазические сокращения
3. Начало переваривания белков
4. Образование химуса и его продвижение в тонкий кишечник

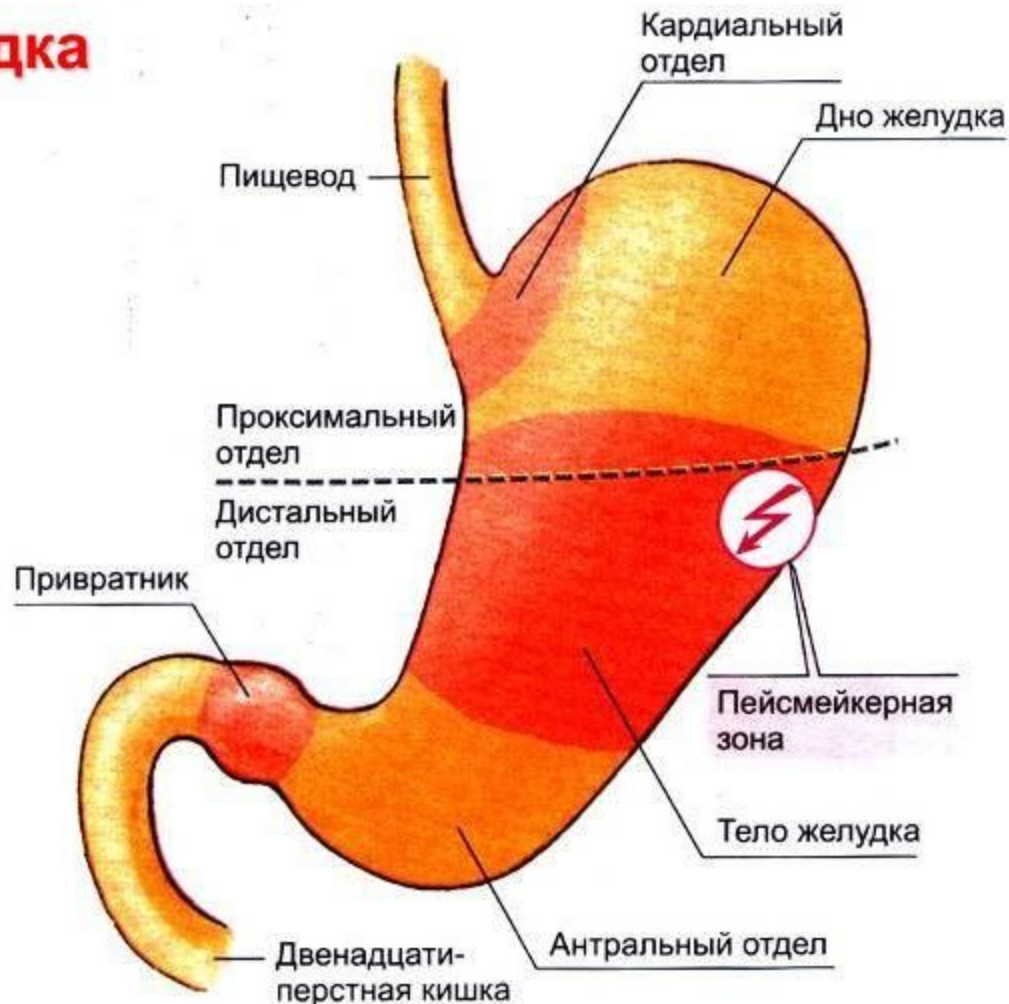


Рис. 108.1. Анатомические и функциональные отделы желудка. Функционально желудок разделяют на проксимальный отдел (тоническое сокращение: функция хранения пищи) и дистальный отдел (функция перемешивания и переработки). Перистальтические волны дистального отдела желудка начинаются в области желудка, содержащей клетки гладкой мускулатуры, мембранный потенциал которых колеблется с наибольшей частотой. Клетки этой области являются водителями ритма желудка

○ Клиника

○ Основные синдромы:

- *желудочная диспепсия,*
 - *боли в эпигастрии,*
 - *кишечная диспепсия,*
- *астеноневротический синдром.*

○ Реже встречается

- *анемический синдром,*
- *неврологические нарушения.*
- В тяжелых случаях нередко развивается
 - B_{12} -дефицитная анемия.

⊙ При обострении ХГ клинические проявления выражены ярко:

1) *желудочная диспепсия* (у 90 %) проявляется тяжестью, давлением, распирающим в эпигастральной области после еды, отрыжкой, изжогой, тошнотой, рвотой, изменением аппетита, неприятным вкусом во рту;

2) *боли в эпигастрии носят неинтенсивный характер;*

3) *симптомы кишечной диспепсии* (у 20-40 %) проявляются метеоризмом, нарушением стула (запоры, неустойчивый стул);

4) *астеноневротический синдром* выражен почти у всех больных:

⊙ раздражительность, неустойчивость настроения, мнительность, быстрая утомляемость, плохой сон.

- ◎ Клинические проявления.

- ◎ Хр. аутоиммунный фундальный гастрит или гастрит типа А

- ◎ *Болевой синдром*

- ◎ тупые,

- ◎ ноющие боли или/и дискомфорт в эпигастрии, усиливающиеся или возникающие после употребления незначительного количества пищи.

- ⦿ **Клинические проявления (гастрит типа А)**
- ⦿ **Синдром желудочной диспепсии** тяжесть и дискомфорт в эпигастрии после еды, ощущение переполненности желудка, отрыжка тухлым, срыгивание, тошнота, неприятный привкус во рту по утрам;
- ⦿ **Синдром кишечной диспепсии** метеоризм, урчание и дискомфорт в области живота, особенно после приема молока или жирной пищи, тенденция к диарее, потеря веса.
 - ⦿ **Астено-невротический синдром.**

◎ Клинические проявления (гастрит типа А)

◎ При *осмотре* бледность кожи и слизистых, тусклые, ломкие волосы и ногти, кровоточивость десен, ↓ массы тела, «лакированный» (атрофия сосочков) язык, *расстройства чувствительности*: парестезии в конечностях, шаткость походки.

◎ При *пальпации* определяется умеренная разлитая болезненность в эпигастрии.

◎ Клинические проявления.

Хеликобактерный гастрит (бактериальный)
антральный гастрит или ХГ типа В.

◎ может проявляться симптомами, характерными для ЯБ, - голодными и ночными болями в эпигастрии, тошнотой и рвотой, отрыжкой кислым и изжогой.

Характерна склонность к запорам.

Иррадиация не характерна;

◎ При *пальпации* болезненность в эпигастральной области, «под ложечкой».

- ⊙ Клинические проявления (ХГ типа В).
- ⊙ Синдром желудочной диспепсии —
 - ⊙ (изредка) изжога,
 - ⊙ отрыжка кислым,
 - ⊙ тенденция к запорам.
- ⊙ Характерен неприятный запах изо рта (особенно утром).
- ⊙ Астено-невротический синдром.

- ◎ Клинические проявления.
- ◎ Химически обусловленный или ХГ типа С (рефлюкс-гастрит).
- ◎ Боли давящего характера в эпигастральной области во время сна или сразу после еды. Часто имеет бессимптомное течение.
- ◎ Основными клиническими проявлениями синдрома желудочной диспепсии являются тошнота,
 - ◎ отрыжка горечью,
 - ◎ неприятный вкус во рту.

- ⦿ При **пальпации** живота боль в подложечной области усиливается
 - ⦿ **ОАК** нейтрофильный лейкоцитоз.
- ⦿ **ОАМ** альбуминурия, олигурия, цилиндрурия.
- ⦿ **Желудочный сок** содержит много слизи, секреторная и кислотообразующая функции усилены или подавлены.
- ⦿ При **гастроскопии** видно гиперемирована слизистую оболочку, покрытую большим количеством слизи.

- ◎ **Рентгенологический метод** является малопригодным для диагностики хронических гастритов.
- ◎ **Основными исследованиями** является гастроскопия с прицельной биопсией и исследование желудочной секреции.

Язвенная болезнь



◎ Язвенная болезнь

- ◎ - хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс наряду с желудком и 12 п. к. других органов системы пищеварения, развитию осложнений, угрожающих жизни больного.
- ◎ Заболевание возникает вследствие расстройств нейрогуморальной и эндокринной регуляции, секреторных и моторных процессов, а также нарушений защитных механизмов слизистой оболочки этих органов.
- ◎ Характерна сезонность обострений (осень, весна).

Как правило язва возникает на фоне гастрита (воспаление слизистой оболочки желудка) или дуоденита (воспаление слизистой оболочки 12 п. к.), ассоциированного с инфекцией *Helicobacter pylori*. Язвенная болезнь встречается у людей любого возраста, но чаще в возрасте 30-40 лет, мужчины болеют в 6-7 раз чаще.



Этиология

Helicobacter pylori;

Генетические факторы;

Стрессы; наличие хр.гастрита, дуаденита;

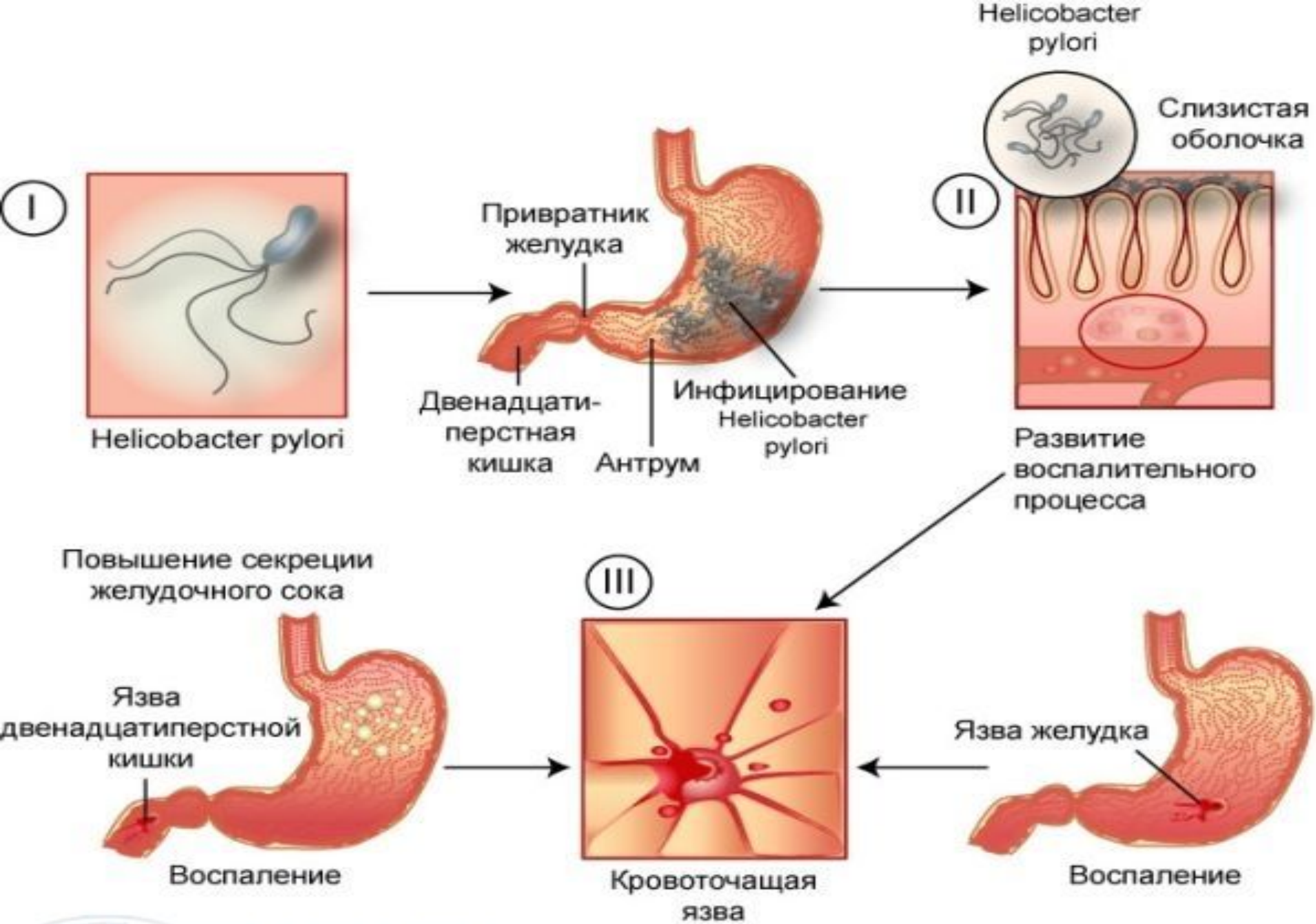
Функциональные расстройства ЖКТ;

Особенности питания;

Курение, алкоголь; НПВС, глюкокортикостероиды.



- В основе **патогенеза** ЯБ лежит нарушение динамического равновесия между *факторами агрессии и защиты слизистой оболочки желудка* под воздействием генетических и этиологических факторов.
- Важнейшим механизмом развития ЯБ считается инфицирование слизистой желудка и 12 п.к. *H.pylori* с появлением воспаления, разрушением защитного слоя и его повреждением, нарушением моторики.



⦿ *Классификация:*

⦿ 1) по химико-морфологическим признакам:

- ЯБ желудка;
- ЯБ12 п.к.;

2) по форме:

- впервые выявленная;
- рецидивирующая;

3) по локализации:

- поражение кардиальной части;
- малой кривизны желудка;
- препилорического отдела желудка;
- луковицы 12 п.к. ;
- внелуковичного отдела (постбульбарные я.);

◎ 4) Течение:

◎ 1. Легкий или латентный.

◎ 2. Средней тяжести или рецидивирующий (1-2 раза в год)

◎ 3. Тяжелый - часто 3 и более рецидивы или непрерывно рецидивирующее.

◎ 5) По числу и диаметром язв:

◎ одиночные или множественные;

◎ малые (до 0,5 см),

◎ средние (0,6 - 1,9 см),

◎ большие (2,0 - 3,0 см),

◎ гигантские (> 3,0 см).

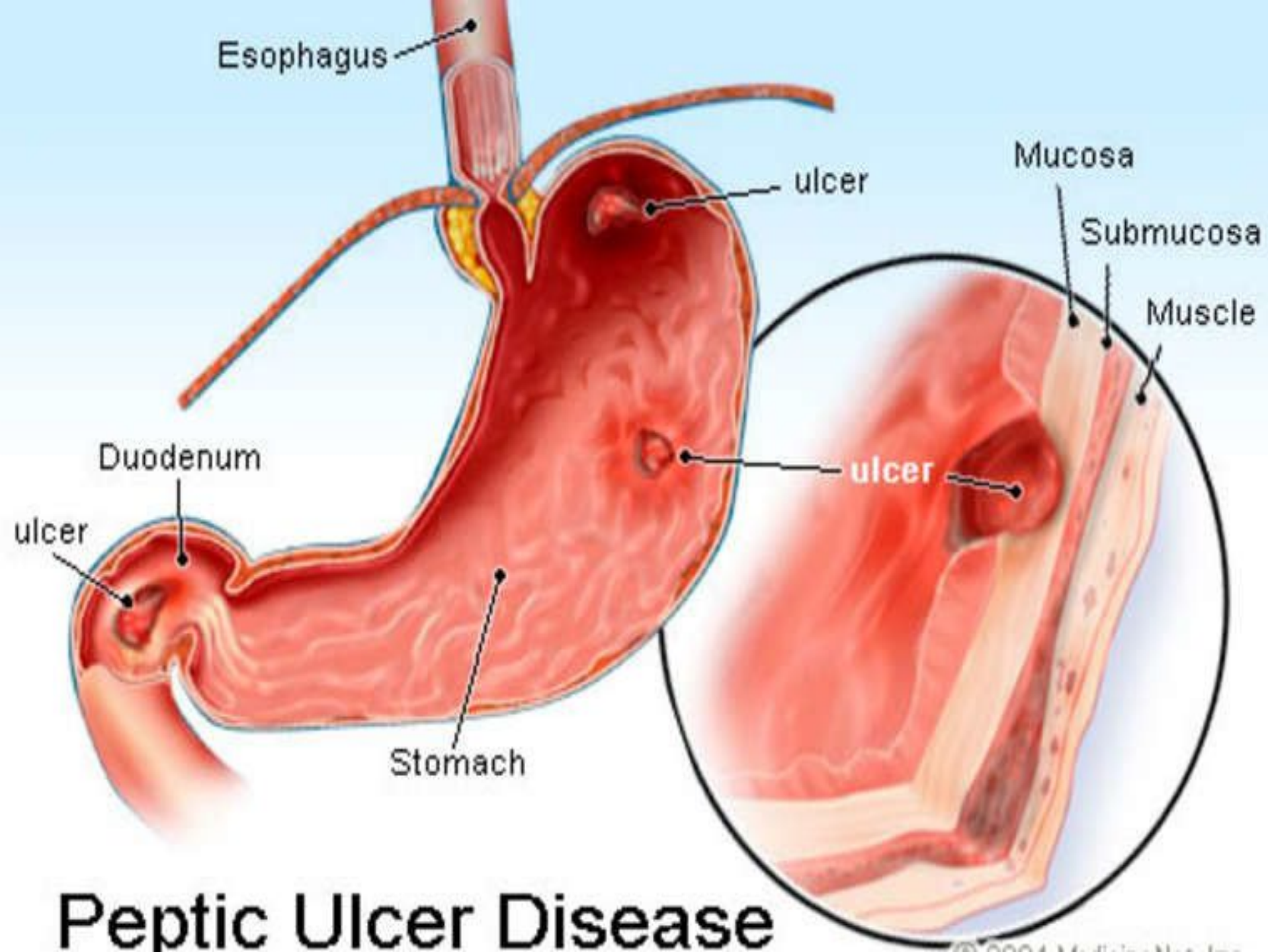
◎ 6) По фазе обострения: обострение, рубцевание, ремиссия.

◎ 7) По наличию осложнений:

- осложненная;

- неосложненная.

◎ Осложнения



Симптомы язвенной болезни

Наиболее характерным проявлением ЯБ является **боль** в верхней части живота, которая чаще возникает на голодный желудок, т.е. между приемами пищи.

Боль может возникать и ночью заставляя пациента принимать пищу. Уменьшается в первые 30 мин. после еды.

Менее специфичными но встречающимися при ЯБ симптомами является **тошнота, тяжесть после приема пищи, чувство переполнения желудка, рвота, снижение аппетита, массы тела, изжога.**



Клиника.

**Клинические проявления ЯБ зависят
от фазы течения,
клинико-морфологического варианта,
наличия осложнений.**



◎ ЯБ желудка

Основные синдромы ЯБ желудка:

1) болевой синдром.

- ◎ Боли в верхней половине живота, эпигастральной области, могут иррадиировать за грудину, в левое плечо, напоминать стенокардические боли.

Боли возникают сразу после приема пищи при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка

- ◎ Через 30 мин.-1 час. После еды (при язвах тела желудка)
- ◎ *При язвах пилорической части и луковицы 12 п.к. наблюдаются поздние боли (через 2-3 час. после еды) боли интенсивные;*
- ◎ Голодные боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли.

◎ 2) синдром желудочной диспепсии:

- ◎ проявляется отрыжкой воздухом, пищей;
- ◎ тошнота и рвота часто отмечаются при язвах привратника;

3) синдром кишечной диспепсии:

- ◎ запоры, сочетающиеся с болями по ходу толстой кишки и вздутием живота;

4) астеновегетативный синдром.

Осложнения: склонность к кровотечениям характерна для язвы антрального отдела желудка - у молодых,

- ◎ у пожилых - настороженность в отношении малигнизации язвы желудка.

⊙ ЯБ 12 п.к.

- ⊙ Встречается преимущественно у молодых мужчин.

Основные синдромы:

1) болевой синдром:

- ⊙ боли возникают через 1,5-3 ч после еды,
- ⊙ часто натощак (голодные боли) и ночные боли,
- ⊙ проходят после приема пищи и щелочей.
- ⊙ сезонность болей (обострение весной и осенью).
- ⊙ *Четкой локализации болей не отмечается:*
 - ⊙ они могут быть в подложечной области,
 - ⊙ правом верхнем квадранте живота,
 - ⊙ около пупка и т. д.
- ⊙ Иррадиация их также разнообразна;

◎ 2) синдром желудочной диспепсии.

- ◎ **Рвота** - на высоте болей, приносит облегчение. Ранний синдром - изжога,
- ◎ отрыжка кислым реже, возникает чаще после приема пищи;

3) синдром кишечной диспепсии:

- ◎ **запоры**, обусловленные нарушением моторики кишечника;

4) **астеновегетативный синдром** – повышенная потливость, *дисгидроз* — это характерная для людей с повышенной потливостью специфическая патология кожи.

Осложнения: кровотечение,

- ◎ пенетрация язвы в близлежащие органы
 - ◎ малигнизация.

◎ Клиника

- ◎ *ЯБ желудка.* Основные проявления болезни зависят от локализации язвы.
- ◎ При язвах **кардиальной** части и задней стенки желудка боль возникает сразу после еды, локализуется под мечевидным отростком.
- ◎ *Боль-* ноющая, часто иррадирует за грудину, в область сердца, симулируя атаки стенокардии.
 - ◎ Рвота появляется редко.
 - ◎ Преобладают тошнота, изжога.

- ◎ **При язвах малой кривизны** характерна боль в подложечной области, возникающей через 15-60 мин после еды.
- ◎ **Антральным язвам** свойственны голодный боль, отрыжка, изжога, профузное кровотечения.
- ◎ **Для язвы пилорического отдела** характерны рвота, значительное уменьшение массы тела, интенсивная боль не связан с приемом пищи.

⦿ Клиника

⦿ Для *ЯБ желудка* типичны ранние боли, нередко отсутствуют ритмичность и сезонность клинических проявлений.

⦿ ЯБ12 п.к.

⦿ **Жалобы** на периодическую ночную, голодную *боль* вокруг пупка, в подложечной области, справа от срединной линии живота, уменьшается или исчезает после еды, часто отдает в спину, иногда за грудину.

⦿ *На высоте обострения боли* возникает рвота, приносящая облегчение.

⦿ Одним из первых симптомов заболевания является *изжога*. После еды возникает отрыжка кислым. Характерны запор и сезонность обострений.

◎ Клиника

- ◎ *При усилении боли* больной занимает вынужденное положение на боку или спине с поджатыми к животу ногами или сидит скорчившись. Язык влажный, обложен белыми налетом.
- ◎ При *пальпации* боль в местах локализации патологического процесса, незначительное напряжение мышц живота.
- ◎ При вовлечении в *патологический процесс брюшины* наблюдается (+) симптом Менделя - перкуссия кончиками пальцев передней брюшной стенки вызывает боль в подложечной области *пальпация по Образцову* вызывает феномен «шума плеска» от средней линии живота.

⦿ Диагностика

- ⦿ **Рентгенологическое исследование:** прямым признаком ЯБ желудка является ниша, которая зачастую находится на малой кривизне имеет правильную форму и немного выступает за контур желудка.
- ⦿ При **ЯБ 12 п.к.** нишу чаще обнаруживают на луковице.

Гастроскопия позволяет выявить локализацию язвы желудка и 12 п.к.

⦿ Из осложнений

- ⦿ чаще случается *кровотечение*, сопровождается рвотой «кофейной гущей», черными дегтеобразный стулом, тахикардией, уменьшением боли в животе, общей слабостью.

При *перфорации язвы* возникает внезапная «кинжальный боль», наблюдается доскоподобный живот. Боль локализуется под мечевидным отростком или в правом подреберье.

- ⦿ Больной занимает *вынужденное положение* на спине, язык сухой и обложен, брадикардия.

В **ОАК**- лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ ↑.

⦿ Малигнизация

◎ Хронический холецистит

◎ - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся воспалительными изменениями стенки желчного пузыря, преимущественно бактериального происхождения, приводящее к *атрофии* слизистой и *склеротическим* изменениям стромы, иногда возникающее вторично при дискинезии желчных путей и желчных камнях или паразитарных инвазиях.

Этиология Хр. холецистита

1. **Бактериальная инфекция:** более чем у 60% больных холециститом в желчи находят инфекцию, (кишечную палочку, энтерококки, стафилококки, стрептококков, сальмонелл) и др.

В 10% вирусы гепатита В и С.

В желчный пузырь болезнетворные микроорганизмы могут попадать *гематогенным, лимфогенным и восходящим* (из кишечника) путями.

2. **Паразитарная инвазия:** острицы или аскариды, дизентерийная амеба.

◎ 3. Дуоденобиллиарный рефлюкс:

- ◎ при дуоденальном стазе, недостаточности сфинктера Одди, хр. панкреатите, когда происходит заброс дуоденального содержимого с активированными панкреатическими ферментами в ЖП.

◎ 4. Аллергия:

- ◎ пищевые и бактериальные аллергены.

◎ 5. Хронические воспалительные заболевания органов пищеварения:

- ◎ хр. гепатиты, циррозы печени, хр. заболевания кишечника, поджелудочной железы

- **Предрасполагающие факторы**
- врожденная деформация ЖП;
- психоэмоционально-стрессовые реакции,
 - дискинезия желчных путей;
 - травмы ЖП;
 - опухоли в брюшной полости;
- **нарушение обмена веществ** (СД, атеросклероз);
- **нарушение режима питания** (большие перерывы между приемами пищи, жирная и жареная пища);
- **недостаточное содержание в пище растительной клетчатки**
 - запоры, малоподвижный образ жизни;
 - дисбактериоз кишечника
 - беременность и ожирение;
 - аллергические реакции;
- возрастное нарушение кровоснабжения ЖП.

⦿ Классификация Хр. холецистита

⦿ (Циммерман 1992 г.)

⦿ По этиологии:

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

⦿ По клиническим формам:

⦿ -Хр. калькулёзный холецистит

⦿ -Хр. бескаменный холецистит

(с преобладанием воспалительного процесса,
с преобладанием дискинетических явлений)

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

- По типу дискинезий:

- Нарушение сократительной функции желчного пузыря:

- гиперкинез ж.п., гипокинез ж.п.

- Нарушение тонуса сфинктерального аппарата желчевыводящих путей:

- гипертонус сфинктера Одди, гипертонус сфинктера Люкенса, гипертонус обоих сфинктеров.

- По фазам заболевания:

- обострения (декомпенсации)

- затухающего обострения (субкомпенсация)

- ремиссии (компенсация: стойкая, нестойкая)

◎ По степени тяжести:

- ◎ - *легкая* - обострения 1 -2 р. /год и реже, короткие, желчная колика не чаще 4 р. /год.
- ◎ - *средняя* - обострения 3-4 р. /год с более выраженной симптоматикой, желчная колика до 6 р./год.
- ◎ - *тяжёлая* - обострения 5 и более р./год, иногда ежемесячно, длительные, наличие осложнений. Желчная колика более 6 р./год.

⦿ Жалобы пациента

- ⦿ 1. **Боль:** связана с нарушением *диеты*, в типичных случаях она локализуется в правом подреберье, иногда в подложечной области, с иррадиацией в правое плечо, лопатку иногда в ключицу.
- ⦿ При сниженном тоне мускулатуры ЖП (его гипотонии) боль постоянная, неинтенсивная, ноющего характера.
- ⦿ Чувство тяжести в правом подреберье. В случае если тонус мускулатуры ЖП повышен, боль появляется приступами, она кратковременна, интенсивна, напоминает приступ желчной колики при ЖКБ.

◎ 2. Диспепсические жалобы:

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

◎ 3. Кожный зуд

- ◎ 4. Повышение температуры тела (в период обострения)

◎ 5. Психоэмоциональные расстройства.

◎ 6. Кардиалгии

- **Объективное исследование пациента**

- **Осмотр:**

- **Обращать внимание:**

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

- **Пальпация и перкуссия живота:**

- Положительный **симптом Кера**, усиливающийся на вдохе;

- при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге - **симптом Ортнера**.

- ⊙ наличие положительных *«пузырных» симптомов*:
 - ⊙ 1. **Курвуазье** (увеличенный ЖП);
- ⊙ 2. **Ортнера-Грекова** (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге по сравнению с левой);
- ⊙ 3. **Кера** (боль при вдохе во время пальпации правого подреберья);
 - ⊙ 4. **Образцова-Мерфи** (равномерно надавливая большим пальцем руки на область ЖП, предлагают больному сделать глубокий вдох; при этом у него захватывает дыхание и отмечается значительная боль в этой области);
- ⊙ 5. **Василенко** (болезненность при поколачивании в точке ЖП при задержке дыхания на высоте вдоха);
 - ⊙ 6. **Мюсси-Георгиевского** (болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа).

◎ **Диагностика**

◎ *Опрос больного,*

◎ выявление связи с приемом пищи,
характером пищи,

◎ приемом препаратов,

◎ анализ данных *истории* болезни,
жизни,

◎ наследственности,

◎ *осмотр* пациента.

⦿ *Обязательные лабораторные исследования*

⦿ *Однократно:*

⦿ - холестерин крови;

⦿ - амилаза крови;

⦿ - сахар крови;

⦿ - группа крови и резус-фактор;

⦿ - копрограмма;

⦿ - бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование дуоденального содержимого.

● Двукратно:

- - **ОАК** (при развитии обострения - лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг формулы, повышение СОЭ);
- - **ОАМ** (при развитии механической желтухи - темная моча, наличие желчных пигментов);
- - **билирубин и его фракции** (обычно не изменены);
 - - **АСТ, АЛТ** (обычно не изменены);
- - **ЩФ, ГГТП (гамма-глутамилтранспептидаза)** (обычно не изменены, при наличии обструкции желчевыводящих путей повышаются);
 - - **общий белок и белковые фракции;**
 - - **С-реактивный белок.**

- ◎ *Обязательные инструментальные исследования*
 - ◎ Однократно:
 - ◎ - *УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы;*
 - ◎ При *УЗИ* обращают внимание на *наличие конкрементов* в полости ЖП, холедохе, размеры холедоха, *признаки воспаления ЖП* (увеличение ЖП в размерах, наличие фиксированного конкремента в шейке пузыря, отечность стенок ЖП - «двойной контур», наличие хлопьев и взвеси в просвете ЖП), признаки вовлечения поджелудочной железы (размеры, контуры).

- **дуоденальное зондирование** отмечают нарушение моторики ЖП, берут анализ желчи. При посеве желчи возможно обнаружение **бактериального заражения, определение возбудителя инфекции, чувствительность к антибиотикам.**
- При обострении в желчи нарастает количество белка, билирубина (более чем в 2 раза), свободных аминокислот. Обнаруживают кристаллы холестерина в желчи.
 - - эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС);
 - - рентгеновское исследование ОГК.
- **Дополнительные исследования** проводятся по показаниям.
- Обязательные консультации специалистов: хирург.

◎ Хронический панкреатит

- ◎ - прогрессирующее воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляется постоянными или периодически возникающими болями и признаками экзокринной и эндокринной недостаточности. Характерны необратимые патологические изменения паренхимы поджелудочной железы.
- ◎ Распространенность хр. панкреатита составляет от 5 до 10 % всех заболеваний органов пищеварения.

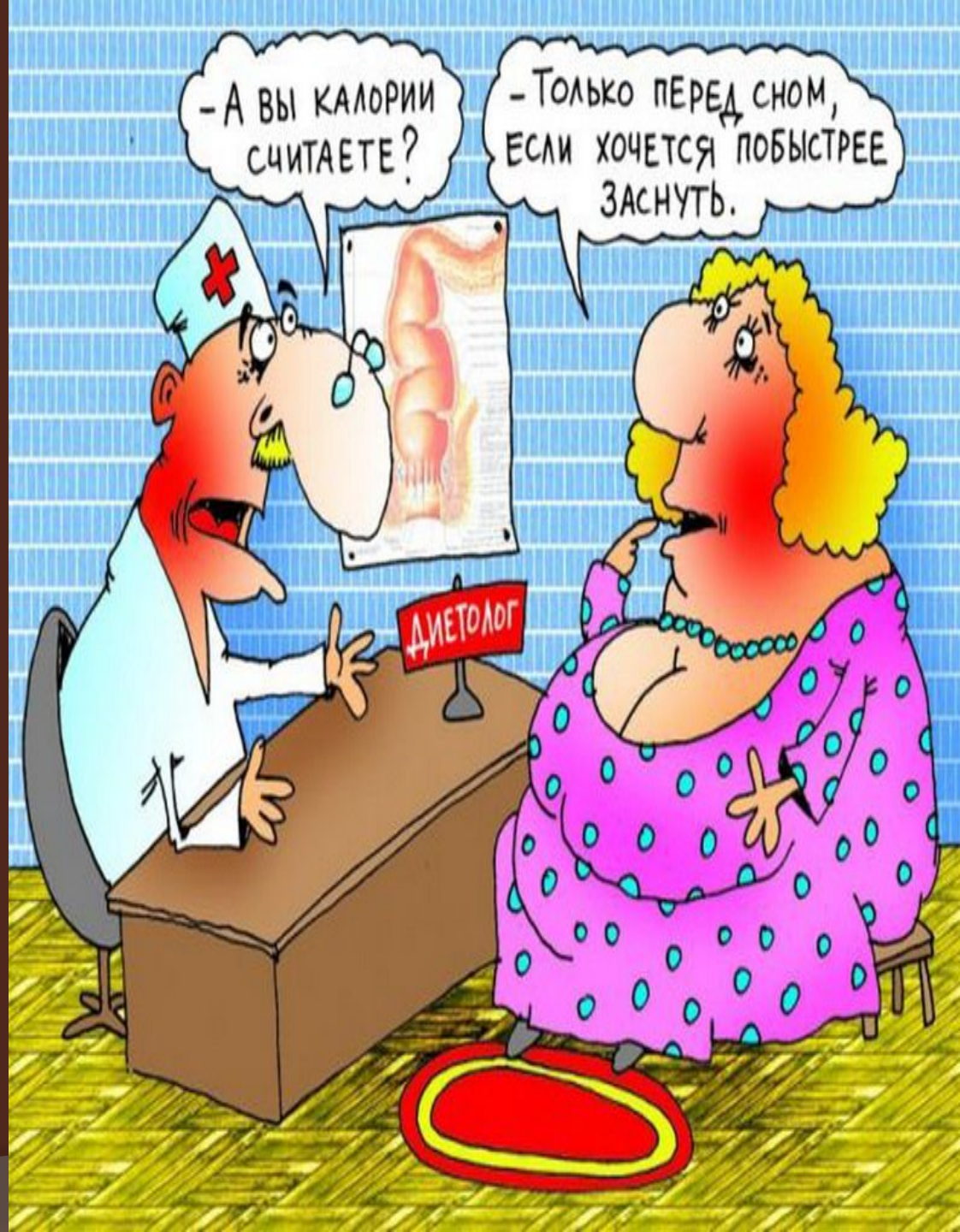
○ **Этиология хр. панкреатита**

○ **1. Злоупотребление алкоголем**

употребление 100 г алкоголя или 2 л. пива ежедневно в течении 2-х лет приводит к изменениям **поджелудочной железы.**

○ **Клинические проявления у жен.** — ч/з 10-12 лет,

○ **у муж.** ч/з 17-18 лет от начала регулярного употребления алкоголя.



◎ **Этиология хр. панкреатита**

◎ **2. Заболевания гастродуоденальной зоны:**

◎ • **хроническая язва желудка или 12 п.
к..**

◎ **3. Лекарственные препараты:**

**НПВС, диуретики, тетрациклины,
цитостатики и т.д.**

◎ **Этиология хр. панкреатита**

◎ *4. Наследственные формы хр. панкреатита.*

◎ *5. Травма поджелудочной железы* при закрытых травмах органов брюшной полости, в послеоперационном периоде, после диагностических и лечебных манипуляций, преимущественно эндоскопических.

◎ *6. Отравления химическими агентами:* органическими кислотами, щелочами и сильными окислителями, и др.

- ◎ 7. Поражение поджелудочной железы при бактериальных, грибковых и вирусных инфекциях, паразитарных инвазиях.
- ◎ 8. Поражение поджелудочной железы при нарушениях метаболизма: СД, ХПН.
- ◎ 9. Ишемия поджелудочной железы.
Ишемический панкреатит - частое патологическое явление, возникающее преимущественно в пожилом и старческом возрасте.

- ◎ **Классификация Хр. панкреатита**
- ◎ **I. По этиологическому признаку**
 - ◎ *1. Первичный хр. панкреатит*
 - ◎ (при первичном развитии воспалительного процесса в поджелудочной железе).
 - ◎ *2. Вторичный хр. панкреатит*
(развивающийся вторично, на фоне других заболеваний пищеварительной системы).

◎ II. По морфологическому признаку

◎ 1. *Отечная форма.*

◎ 2. *Склеротически-атрофическая форма.*

◎ 3. *Фиброзная* (диффузная и диффузно-узловая) форма.

◎ 4. *Псевдокистозная форма.*

◎ 5. *Кальцифицирующая форма.*

- ◎ III. По особенностям клиники

- ◎ 1. *Полисимптомная форма* (в том числе хр. рецидивирующий панкреатит).

- ◎ 2. *Болевая форма.*

- ◎ 3. *Псевдоопухолевая форма.*

- ◎ 4. *Диспептическая форма.*

- ◎ 5. *Латентная* (длительно бессимптомно протекающая) форма.

- ◎ *В каждом случае указывается фаза заболевания:*

- ◎ обострение или ремиссия.

◎ IV. По течению заболевания

- ◎ *1. легкой степени тяжести* (I стадия заболевания — начальная).
 - ◎ *2. Среднетяжелого течения* (II стадия).
 - ◎ *3. Тяжелой степени* (III стадия — терминальная, кахектическая).
 - ◎ **При I стадии** признаки нарушения внешне- и внутрисекреторной функции не выявляются.
 - ◎ **При II и особенно III стадии** имеются нарушения внешнесекреторной и/или внутрисекреторной функции поджелудочной железы (вторичный СД).
 - ◎ **В III стадии** заболевания наблюдаются упорные «панкреатические» или «панкреатогенные» нарушение стула (поносы), истощение.

○ Клиника.

○ 1. Болевой синдром - появляется достаточно рано.

○ При локализации воспалительного процесса в области головки поджелудочной железы -

○ боли ощущаются в эпигастрии справа, в правом подреберье, иррадиируют в область VI-XI грудных позвонков.

○ При вовлечении в воспалительный процесс тела поджелудочной железы -

○ боли локализуются в эпигастрии,

○ при поражении хвоста — в левом подреберье, боль иррадиирует влево и вверх от VI грудного до I поясничного позвонка.

○ При тотальном поражении поджелудочной железы -

○ боль локализуется во всей верхней половине живота и носит опоясывающий характер.

◎ Клиника.

- ◎ При голодании боли уменьшаются, больные мало едят и худеют.
- ◎ Существует определенный суточный ритм болей:
 - ◎ до обеда боли беспокоят мало, после обеда усиливаются и достигают наибольшей интенсивности к вечеру.
- ◎ Боль давящая, жгучая, значительно выражена в положении лежа и уменьшается в положении сидя с наклоном туловища вперед.
- ◎ При **резком болевом синдроме** больной принимает вынужденное положение — сидит с согнутыми в коленях ногами, приведенными к животу.

◎ 2. Диспептический синдром

◎ выражен при обострении или тяжелом течении заболевания.

◎ **Проявляется** повышенным слюноотделением, отрыжкой воздухом или съеденной пищей, тошнотой, рвотой, потерей аппетита, отвращением к жирной пище, вздутием живота.

◎ **3. Похудание** — развивается вследствие ограничений в еде, в связи с нарушением внешнесекреторной функции п. железы и всасывания в кишечнике.

Похуданию способствует также ↓ аппетита.

◎ Падение массы тела особенно выражено при тяжелых формах ХП и сопровождается общей слабостью, головокружением.

◎ 4. Синдром недостаточного пищеварения
и всасывания —

- ◎ характерны для тяжелых и длительно существующих форм ХП с выраженным нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

◎ Клинические формы

- ◎ 1. Латентная (безболевая) форма — наблюдается у 5% больных.

- ◎ Клинически проявляется:

- ◎ *боли отсутствуют или слабо выражены;*

- ◎ *периодически* беспокоят диспептические расстройства (тошнота, отрыжка съеденной пищей, снижение аппетита);

- ◎ *нарушение стула.*

- ◎ *лабораторные исследования* выявляют нарушения внешне- или внутрисекреторной функции п. железы;

- ◎ *при копрологическом исследовании* выявляются стеаторея, креаторея, амилорея.

⦿ 2. Хроническая рецидивирующая (болевая) форма

- ⦿ — наблюдается у 55-60% больных.

Характеризуется периодическими приступами болей опоясывающего характера,

- ⦿ **локализующихся** в эпигастрии, левом подреберье.

- ⦿ при **обострения** рвота,

- ⦿ **увеличение и отек** п. железы (по данным УЗИ и рентгенологического исследования),

- ⦿ **повышается** содержание α -амилазы в крови и моче.

- ◎ 3. Псевдоопухолевая (желтушная) форма— встречается у 10% больных, чаще у мужчин. Воспалительный процесс локализуется в головке п. железы, вызывая ее увеличение и сдавление общего желчного протока.
- ◎ *Основными клиническими признаками являются:*
 - ◎ желтуха;
 - ◎ кожный зуд;
 - ◎ боли в эпигастрии, больше справа;
 - ◎ диспептические расстройства;
 - ◎ потемнение мочи;
 - ◎ обесцвеченный кал;
 - ◎ значительное ↓ массы тела;
 - ◎ увеличение головки п. железы (УЗИ).

⦿ 4. Хр. панкреатит с постоянным болевым синдромом.

- ⦿ постоянные боли в верхней половине живота, иррадиируют в спину,
 - ⦿ ↓ аппетита,
 - ⦿ похуданием,
 - ⦿ неустойчивым стулом,
 - ⦿ метеоризмом.
- ⦿ Может прощупываться увеличенная уплотненная поджелудочная железа.

- ◎ 5. Склерозирующая форма хр. панкреатита.
- ◎ Характеризуется болями в верхней половине живота, усиливающимися после еды;
 - ◎ плохим аппетитом;
 - ◎ тошнотой;
 - ◎ поносами;
 - ◎ похуданием;
- ◎ выраженным нарушением функций поджелудочной железы.
- ◎ При УЗИ определяются выраженное уплотнение и уменьшение размеров поджелудочной железы.

◎ Степени тяжести

◎ Легкое течение

характеризуется следующими признаками:

- обострения редкие (1-2 раза в год) и непродолжительные, быстро купируются;
- болевым синдром умеренный;
- вне обострения самочувствие больного удовлетворительное;
- *масса тела в норме*;
- *функция п. железы не нарушена*;
- копрологический анализ нормальный.

- ◎ Течение средней степени тяжести имеет следующие критерии:
- ◎ - *обострения* наблюдаются 3-4 раза в год, протекают с типичным длительным болевым синдромом;
- ◎ - определяются *умеренное снижение* внешнесекреторной функции п. железы и похудание;
- ◎ - *отмечаются* стеаторея, креаторея, аминорея.

◎ Тяжелое течение хр. панкреатита характеризуется:

- ◎ частыми и длительными обострениями с упорным болевым и выраженным диспептическим синдромом;
- ◎ «панкреатогенными» поносами;
- ◎ ↓ массы тела вплоть до прогрессирующего истощения;
- ◎ резкими нарушениями внешнесекреторной функции п. железы;
- ◎ осложнениями (СД, псевдокисты и кисты п. железы, увеличенной головкой п. железы).

⦿ **Диагностика**

- ⦿ **1. ОАК:** ↑ СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево при обострении.
- ⦿ **2. ОАМ:** ↑↑ билирубина, отсутствие уробилина при желтушном варианте; ↑ α-амилазы при обострении, ↓ — при склерозирующей форме с нарушением внешнесекреторной функции.
- ⦿ **3. БАК:** при обострении — ↑ содержания α-амилазы, липазы, трипсина, γ-глобулинов, сиаловых кислот, серомукоида, билирубина за счет конъюгированной фракции при желтушной форме; глюкозы, ↓ уровня альбумина.
- ⦿ **4. Копроцитограмма:** непереваренная клетчатка, креаторея, стеаторея, амилорея.

- ◎ 5. УЗИ поджелудочной железы.
- ◎ *Неоднородность* структуры п. железы;
- ◎ *кальциноз железы и камни* панкреатического протока;
- ◎ *увеличение и уплотнение* головки п. железы;
 неровный контур п. железы;
- ◎ *увеличение/уменьшение размеров* п. железы;
 - ◎ *диффузное ↑↑* эхогенности п. железы;
- ◎ *ограничение смещения железы* при дыхании,
 ригидность ее при пальпации;
- ◎ отсутствие изменений УЗИ п. железы на ранних стадиях ХП.

⦿ 6. Рентгенологическое исследование

- ⦿ *обнаружить следующие характерные признаки:*
 - обызвествление п. железы* на обзорной рентгенограмме (признак хр. кальцифицирующего панкреатита);
- ⦿ *развернутость дуги 12-п. к.* или ее стенозирование (за счет увеличения головки поджелудочной железы);
- ⦿ *вдавление на внутренней стенке нисходящей части 12-п. к.* — деформация внутреннего контура нисходящей части 12-п. к. в виде зеркально отраженной цифры 3;
- ⦿ *двухконтурность задней стенки,* зазубренность внутреннего контура 12-п. к.

- ◎ 7. Компьютерная и магнитнорезонансная томография
- ◎ поджелудочной железы выявляют уменьшение или увеличение размеров, изменения плотности железы, кальцинаты, псевдокисты.

◎ V. Осложнения:

- ◎ - нарушения оттока желчи;
- ◎ - портальная гипертензия;
- ◎ - инфекционные (абсцессы);
- ◎ - воспалительные изменения (абсцесс, киста);
- ◎ - эндокринные нарушения (панкреатогенный СД).

Пусть всё будет Супер !!!!!



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**