

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

И.И. ГОНЧАРИК

стандартизация
диагностики

и обоснование
лечения



616.33
Г650

И.И. ГОНЧАРИК

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

стандартизация
диагностики
и обоснование
лечения

*справочное
пособие*

Samarqand Tibbiyot
Instituti kutubxonasi
Inv. № 311991



МИНСК
«БЕЛАРУСЬ»
2000

УДК 616.3-07-085(035.5)

ББК 54.13я2

Г65

Гончарик И.И.

Г65 Гастроэнтерология: стандартизация диагностики и обоснование лечения: Справ. пособие. — Мн.: «Беларусь», 2000. — 143 с.

ISBN 985-01-0329-9.

В справочном пособии кратко представлены наиболее широко распространенные болезни желудочно-кишечного тракта, печени, желчных путей и поджелудочной железы. Приведенные стандарты, определяющие перечень диагностических, лечебных и профилактических назначений, подлежащих выполнению в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях и на дому, и предназначенные для обеспечения современного уровня диагностики и лечения, дают возможность сопоставить результаты ведения больных в разных лечебных учреждениях.

Для гастроэнтерологов и терапевтов.

УДК 616.3-07-085(035.5)

ББК 54.13я2

ISBN 985-01-0329-9

© Гончарик И.И., 2000

© Издательство «Беларусь», 2000

Содержание

Введение	4
Основные болезни желудочно-кишечного тракта	8
Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (рефлюкс-эзофагит)	8
Хронический гастрит	13
Пептическая язва	19
Синдромы оперированного желудка	27
Целиакия	31
Язвенный колит	35
Дивертикулярная болезнь кишечника	40
Синдром раздраженного кишечника	43
Хронический гепатит	47
Фиброз и цирроз печени	54
Алкогольное поражение печени	62
Желчнокаменная болезнь	68
Холецистит	74
Постхолецистэктомический синдром	78
Хронический панкреатит	81
Лекарственные средства, применяемые в гастроэнтерологии	86
Антациды	86
Противосекреторные средства	92
Противохеликобактерные средства	96
Гастропротективные средства	101
Гепатопротекторы	105
Препараты панкреатических ферментов	111
Желчегонные средства	114
Противорвотные и прокинетиические средства	123
Антидиарейные средства и лечение поносов	129
Слабительные средства и лечение запоров	133
Нормальные значения лабораторных показателей в применявшихся ранее единицах и единицах СИ	138
Рекомендуемая литература	143

Введение

В Республике Беларусь каждый седьмой взрослый житель страдает тем или иным заболеванием органов пищеварения.

Среди болезней пищевода чаще других диагностируется рефлюкс-эзофагит. Он, как правило, вторичен. Количество людей, страдающих рефлюкс-эзофагитом, значительно в связи с ростом гастродуоденальных язв, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, хронического бескаменного и калькулезного холецистита. В последние годы существенно изменились подходы к его лечению.

Хронический гастрит имеет место не менее чем у половины взрослого населения. Он рассматривается как понятие собирательное, объединяющее различные по этиологии и патогенезу поражения слизистой оболочки желудка с различными клиническими проявлениями и особенностями лечения каждой из форм. Диагноз хронического гастрита должен подтверждаться результатами гистологического исследования биопсийного материала. Без этого невозможно принимать во внимание этиологию, патогенез, эндоскопическую и цитологическую картину и определять целенаправленную терапию.

Открытие пилорического хеликобактера в истории изучения хронического гастрита и пептической язвы позволило говорить не только о их патогенезе, но и об этиологии. Наряду с хроническим гастритом пептическая язва является одним из самых распространенных заболеваний среди взрослого населения. Несмотря на успехи, достигнутые в предупреждении развития рецидивов, по-прежнему часты осложнения, особенно язвенные кровотечения, свидетельствующие о том, что большинство людей, страдающих пептической язвой, не получает адекватного медикамен-

тозного лечения, являющегося единственным методом, обеспечивающим безрецидивное течение болезни.

В последние годы частота заболеваний оперированного желудка возросла в 1,8 раза. В ранние сроки после операции целесообразно сосредоточить внимание на комплексной терапии этих состояний. Хирургическое лечение показано прежде всего при неэффективности комплексной терапии и лечебного питания у больных с функциональными расстройствами средней тяжести, а также при резкой их выраженности.

Проанализировать распространенность заболеваний кишечника в Беларуси не представляется возможным из-за отсутствия стандартизованных критериев их диагностики, в особенности синдрома раздраженной толстой кишки и так называемого «катарального колита». По этим же причинам не удастся выяснить, с какой частотой встречаются целиакия, болезнь Крона и даже язвенный колит. Естественно, и унифицированные методы лечения этой категории больных отсутствуют.

Среди диффузных болезней печени преобладают жировой гепатоз, хронические вирусные и алкогольные гепатиты, фиброз и цирроз печени. Число страдающих этими заболеваниями довольно значительно и продолжает увеличиваться, несмотря на то что вирусологический диагноз с помощью серологических исследований подтверждается далеко не всегда.

Болезни желчного пузыря и желчных протоков чаще всего ассоциируются с желчнокаменной болезнью и теми осложнениями, которые в связи с этим возникают. Диагностика заболеваний билиарной системы основывается не только на клинической картине, но и на результатах ультразвукового исследования (УЗИ) и эндоскопической холангиографии. Наряду с полостными операциями на желчном пузыре в ряде крупных больниц производится лапароскопическая холецистэктомия.

Примерно 25% больных, подвергшихся холецистэктомии,

отмечают боли в верхней половине живота и диспепсические явления, которые трактуются как постхолецистэктомический синдром. При этом чаще всего наблюдается спазм сфинктера Одди, дискинезия внепеченочных желчных протоков, желудка и двенадцатиперстной кишки, а не хронический панкреатит, как обычно принято считать. Это обстоятельство существенно меняет лечебные мероприятия, которые необходимо проводить у лиц с постхолецистэктомическим синдромом.

Хронический панкреатит наблюдается примерно у 0,4% людей. Диагностика его основывается на клинических, лабораторных и инструментальных исследованиях. Основной задачей лечения является снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

В целом же качество медицинской помощи населению определяется высоким уровнем диагностики и ее объективизацией, а также оптимальным и современным лечением. Высокое качество медицинской помощи тем не менее должно обеспечиваться ограничением объема и унификацией обрабатываемой информации для уровня врача общей медицинской практики.

Клиническая информация складывается из сведений, полученных от самого больного (жалобы, анамнез), из данных, полученных при осмотре пациента врачом (физикальное обследование, состояние на момент осмотра), и из результатов, полученных посредством измерения параметров организма с использованием приборов (лабораторное исследование, эндоскопия, лучевая диагностика и др.). Полученная клиническая информация — это не простое суммирование отдельных признаков, а их группировка и анализ по принципу подобия. При этом принцип схожести базируется на информации из книг и собственного опыта. Полученные данные позволяют отвергнуть часть альтернативных диагнозов (гипотез) и выделить наиболее вероятные у конкретного пациента. Предварительный диагноз заболевания обычно

основывается на данных анамнеза и физикального обследования больного, а окончательный — на результатах лабораторного и инструментального исследований, объем которых обычно определяется лечащим врачом. Правильный выбор и проведение их являются одной из трудных задач для врача.

В предлагаемых медицинских стандартах мы стремились дать ответы на некоторые вопросы, возникающие у врача в его практической деятельности. Наряду с этим в стандартах представлены рекомендации по лечению с использованием оптимальных лекарственных средств, которые целесообразно применять в терапии того или иного больного с учетом диагностированного заболевания. Стандарты предназначены для обеспечения современного уровня диагностики и лечения рассматриваемых болезней, они сделают сопоставимыми результаты ведения больных в разных лечебных учреждениях. В стандартах использована Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

Стандарты определяют перечень диагностических, лечебных и профилактических назначений, подлежащих выполнению в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях и на дому. Они вводятся с целью унификации требований лечебно-диагностической помощи и стандартизации ее объемов, но они не заменяют соответствующих руководств.

Во второй части пособия рассматриваются фармакокинетические и фармакодинамические свойства некоторых групп лекарств, применяемых в гастроэнтерологии, раскрываются механизмы их действия с целью оптимального выбора необходимого лекарства у пациентов с различными заболеваниями. Более конкретно представлены вопросы терапии диарей и запоров.

Пособие адресовано гастроэнтерологам и терапевтам.

ОСНОВНЫЕ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (рефлюкс-эзофагит)

Шифр К 21.0

Рефлюкс-эзофагит (РЭ) — воспалительный процесс в дистальной части пищевода, вызванный действием на слизистую оболочку органа желудочного сока, желчи, а также ферментов панкреатического и кишечного секретов при гастроэзофагеальном рефлюксе.

Количество людей, страдающих РЭ, значительно в связи с ростом гастродуоденальных язв, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, хронического холецистита. РЭ, как правило, вторичен.

Этиология

Недостаточность кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастродуоденальные язвы, пилородуоденальный стеноз, хроническое нарушение дуоденальной проходимости; хронический холецистит и панкреатит с выделением простагландинов E_1 , E_2 и A_2 ; оперативные вмешательства по поводу язвы и рака желудка; подъем тяжестей, ожирение, запор, асцит, аэрофагия; снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера (прием нитратов, эуфиллина, кофе, холинолитиков, β -блокаторов, шоколада, алкоголя, цитрусовых; курение).

Патогенез

У здорового человека давление в желудке выше, чем в пищеводе, но его содержимое в пищевод не забрасывается в результате тонического сокращения нижнего пищеводного сфинктера. При ряде ситуаций тонус сфинктера снижается с развитием гастроэзофагеального рефлюкса, который обуславливает длительный (>1 ч в сутки) контакт слизистой оболочки пищевода с кислым ($\text{pH} < 4$) или щелочным секретом. В результате повреждается неадаптированный к нему эпителий пищевода с изменением слизистой оболочки преимущественно в терминальном его отделе.

Классификация

В зависимости от выраженности и распространенности воспаления выделяют пять степеней РЭ, которые дифференцируются только на основании результатов эндоскопического исследования:

I — незначительно выраженный — размер поражения (гиперемия, эрозия) слизистой оболочки не превышает 5 мм;

II — умеренно выраженный — размер поражения превышает 5 мм;

III — резко выраженный — участки поражения захватывают $\leq 75\%$ окружности пищевода;

IV — поражение охватывает $> 75\%$ окружности пищевода, наличие пептических язв и пищевода Баррета;

V — стриктура, стеноз пищевода.

Гистологические признаки РЭ: отек слизистой оболочки и подслизистых слоев, дистрофия и акантоз эпителия; инфильтрация плазмочитами, лимфоцитами и нейтрофилами; склеротические и кистозные изменения слизистой оболочки, десквамация эпителия, микрогематомы; замещение многослойного плоского эпителия однослойным эпителием желудка или

кишечника — пищевод Баррета (предрак, рак пищевода формируется в 8% случаев).

Клиническая картина

Наблюдаются: изжога — возникает вследствие длительного (≥ 1 ч в сутки) воздействия кислого желудочного содержимого (pH пищевода ≤ 4); сочетание изжоги с отрыжкой; затекание кислого или горького содержимого в рот и даже в гортань с кашлем, першением, охриплостью; боль в эпигастрии, за грудиной, которая усиливается после приема пищи, при физической нагрузке, в позе огородника; дисфагия при прохождении пищи, которая свидетельствует о развитии стриктуры пищевода, тошнота, икота, анорексия.

Осложнения

Пищевод Баррета способствует эрозивированию и образованию язв; эрозии и язвы приводят к кровотечению, укорочению, стенозу, образованию грыж пищеводного отверстия диафрагмы, развитию рака пищевода.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

• Общий анализ крови (при отклонении от нормы исследования повторяют 1 раз в 10 дн).

Однократно:

- группа крови, резус-фактор, железо сыворотки крови;
- общий анализ мочи;
- анализ кала на скрытую кровь.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- электрокардиография.

Двукратно:

- эзофагогастродуоденоскопия (до и после лечения).

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования

Проводятся в зависимости от сопутствующих заболеваний и тяжести основного заболевания.

Консультации специалистов — по показаниям.

Диагноз

Основывается на клинической картине и подтверждается эзофагоскопией, при необходимости с применением биопсии слизистой оболочки.

Лечебные мероприятия

1. Рекомендации по изменению стиля жизни:

- спать с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом кровати;
 - снизить массу тела, если имеется ожирение;
 - не лежать после еды в течение 1,5 ч;
 - не принимать пищу перед сном;
 - ограничить жиры в рационе;
 - прекратить курение;
 - избегать тесной одежды, тугих поясов;
 - не принимать лекарственных средств, оказывающих отрицательный эффект на моторику пищевода и тонус нижнего пищеводного сфинктера (продолгованные нитраты, антагонисты кальция, теofilлин), повреждающих слизистую оболочку пищевода (аспирин и другие НПВС) и др.
- #### 2. Лекарственная терапия.

При *гастроэзофагеальном рефлюксе без эзофагита* (есть симптомы рефлюксной болезни, но отсутствуют эндоскопические признаки эзофагита) на 7—10 дн назначают домперидон (мотилиум и др. синонимы) или цизаприд (координакс и др. синонимы) по 10 мг 3 раза в день в сочетании с антаци-

дом (маалокс или аналоги) по 1 дозе через 1 ч после еды, обычно 3 раза в день и 4-й раз непосредственно перед сном.

При *РЭ I и II степени тяжести* на 6 нед внутрь назначают:

ранитидин (зантак и др. синонимы) 150—300 мг 2 раза в день или фамотидин (квamatел и др. синонимы) — 20—40 мг 2 раза в день утром и вечером с интервалом в 12 ч;

маалокс (фосфалюгель, ремaгель и др.) — 15 мл через 1 ч после еды и перед сном, т.е. 4 раза в день на период симптомов.

Через 6 нед лекарственное лечение прекращают, если наступила ремиссия.

При *РЭ III и IV степени тяжести* назначают:

омепразол (омизак и др. синонимы) по 20 мг 2 раза в день, или лансопразол (ланзак) по 30 мг 2 раза в день, или пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза в день утром и вечером — в течение 3 нед, поддерживающая терапия — 1 табл на ночь, до 8 нед; одновременно назначают внутрь сукралфат (вентер) по 1 г за 30 мин до еды 3 раза в день и перед сном в течение 4 нед и цизаприд (координакс) или домперидон (мотилиум) по 10 мг 4 раза в день за 15 мин до еды в течение 4 нед. Через 8 нед переходят на однократный прием вечером ранитидина — 150 мг или фамотидина (квamatела) — 20 мг и на периодический прием (при изжоге, чувстве тяжести в эпигастральной области) маалокса или другого антацида по 15 мл или 2 таблетки.

Оптимальная терапия РЭ требует большего подавления кислотной продукции, чем лечение гастродуоденальных язв: если при дуоденальной язве необходимо поддерживать внутрижелудочный рН ≥ 3 в течение 18 ч на протяжении суток, то при РЭ рН должен быть ≥ 4 .

При *РЭ V степени тяжести* требуется оперативное ле-

чение — преимущественно эндоскопическая баллонная дилатация стенозированных сегментов и пантопразол (контролок) — 40 мг на ночь длительно.

Продолжительность стационарного лечения: при I—II степени тяжести — 8—10 дн, при III—IV степени тяжести — 2—4 нед.

Требования к результатам лечения

В основном лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях. Необходимо добиваться купирования клинических и эндоскопических проявлений болезни (полная ремиссия). При частичной ремиссии рекомендуется проанализировать соблюдение пациентом режима лечения и продолжить лекарственную терапию еще в течение 4 нед в объеме, предусмотренном для III—IV степени тяжести РЭ, если при этом исключается сопутствующая, отягощающая течение основного заболевания патология.

Диспансерное наблюдение

Больные с РЭ подлежат диспансерному наблюдению с проведением комплекса инструментально-лабораторных обследований при каждом обострении, при пищеводе Баррета проводят эндоскопическое исследование с биопсией 2 раза в год, назначают витамины А, Е, С.

Хронический гастрит

Шифр К 29.5

Хронический гастрит (ХГ) — понятие собирательное, объединяющее различные по этиологии и патогенезу воспалительные или дисрегенераторные (очаговые или диффузные) поражения слизистой и подслизистой оболочек желудка с яв-

лениями прогрессирующей атрофии, функциональной и структурной перестройки, с различными клиническими проявлениями.

ХГ наблюдается примерно у 50% взрослых людей.

Классификация

В новейшей Международной классификации (1994) гастрит (гастродуоденит) рассматривается с учетом этиологии, патогистологических и эндоскопических изменений и тяжести процесса. Преобладают гастриты (гастродуодениты), ассоциированные с *Helicobacter pylori* (85%), атрофический, как правило аутоиммунный (5%), нередко проявляется В₁₂-дефицитной анемией. Выделяются гастриты, ассоциированные с желчью (6%) и лекарственными средствами, гранулематозные, эозинофильные и др.

Этиология

Источником инфекции *Helicobacter pylori* (НР) является зараженный человек и домашние животные. Основной путь заражения — контактно-бытовой (орально-оральный и фекально-оральный). У добровольцев и мини-свиней путем заражения удалось вызвать активный гастрит; уничтожение возбудителя с помощью лекарств приводит к развитию его ремиссии.

Патогенез

Попадая в желудок, НР за счет своей подвижности и ферментов (фосфолипаз) преодолевает слой слизи и соединяется с клетками эпителия, концентрируясь в межклеточных промежутках — местах выхода мочевины и гемина. Здесь он интенсивно размножается. Расщепляемая уреазой бактерий мочевины превращается в аммиак, который защищает их от действия желудочного сока, разрушает слизь и повреждает эпи-

тельный, вызывая воспаление. На высоте воспаления резко выражена лейкоцитарная инфильтрация. Длительное инфицирование НР ведет к постоянному повреждению эпителия с преобладанием процессов пролиферации над процессами дифференциации с развитием ХГ, МАЛТ-омы и даже рака желудка. Под влиянием целенаправленного лечения инфильтрация снижается или даже исчезает.

Клиническая картина

Больных с *антральным гастритом (тип В)*, ассоциированным с НР, беспокоят чувство переполнения и незначительная боль в эпигастрии. Боли наступают после приема острой, жареной и жирной пищи, при быстрой еде и уменьшаются после отрыжки (воздухом, пищей). У 60% больных выявляют гиперсекрецию, у 30% — нормальную кислотопродукцию и у 10% — гипосекрецию (формирование мультифокального гастрита). Заболевание может протекать и бессимптомно. Антральный гастрит наблюдается у всех больных гастродуоденальными язвами.

Аутоиммунный гастрит (тип А) обусловлен генетическими факторами, связан с HLA B₈, DR₄. Сочетается с аутоиммунными эндокринопатиями: аутоиммунным тиреоидитом, тиреотоксикозом, диабетом I типа, витилиго, болезнью Аддисона. В тяжелых случаях дефицит внутреннего фактора приводит к В₁₂-дефицитной анемии. Обычно протекает латентно, выявляется у ближайших родственников. Характерна выраженная гипоацидность и высокая гастринемия.

Рефлюкс-гастрит (тип С) вызывается постоянной травматизацией слизистой оболочки желудка желчью, забрасываемой во время рефлюкса, который наблюдается после резекции желудка, гастроэнтеростомии, холецистэктомии, при нарушении дуоденальной проходимости и недостаточности при-

вратника. Беспокоят боли в эпигастрии, тошнота, иногда рвота с примесью желчи; наблюдается склонность к потере массы тела и анемии.

Лимфоцитарный (хронический эрозивный) гастрит характеризуется эрозиями на слизистой оболочке всего желудка и выраженной лимфоцитарной инфильтрацией эпителия; в собственной пластинке клеток мало.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- общий анализ крови;
- общий белок и белковые фракции;
- гистологическое и цитологическое исследование биоптата;
- общий анализ мочи;
- анализ кала на скрытую кровь.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и источным цитологическим исследованием;
- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.

Дополнительные исследования и консультации специалистов

Проводятся в зависимости от проявлений основной болезни и предполагаемых сопутствующих заболеваний.

Диагноз

Основывается на комплексной оценке клинической картины и результатов лабораторно-инструментального исследования. Решающее значение имеет гастроскопия с биопсией слизистой оболочки из антрального отдела и тела желудка.

Результаты гастроскопического исследования лучше всего отражают локализацию и распространенность патологического процесса. Прицельная биопсия и изучение желудочной секреции позволяют окончательно верифицировать хронический гастрит и его форму. Подтверждением аутоиммунного гастрита служит обнаружение антител к обкладочным клеткам и внутреннему фактору.

Лечебные мероприятия

Гастриты (гастроудениты), ассоциированные с НР, с язвенноподобной диспепсией

Лекарственное лечение проводится по одной из следующих схем.

С е м и д н е в н ы е с х е м ы:

1) пилорид (ранитидин висмут цитрат) по 400 мг 2 раза в день +

кларитромицин (клацид) по 250 мг 2 раза в день, или тетрациклин по 500 мг 2 раза в день, или амоксициллин по 1 г 2 раза в день +

метронидазол (трихопол, тинидазол) по 500 мг 2 раза в день;

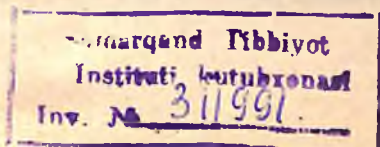
2) омепразол (зероцид, омизак и др. синонимы) по 20 мг 2 раза в день или пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза в день +

де-нол по 240 мг 2 раза в день или вентрисол по 240 мг 2 раза в день +

тетрациклин по 500 мг 2 раза в день или амоксициллин по 1 г 2 раза в день;

3) фамотидин (квamatел, ульфамид, фамоцид) по 20 мг 2 раза в день или ранитидин по 150 мг 2 раза в день +

де-нол по 240 мг 2 раза в день или вентрисол по 240 мг 2 раза в день +



тетрациклин по 500 мг 2 раза в день или амоксициллин 1 г 2 раза в день. Вместо де-нола можно назначать викалин (викаир) по 2 табл 4 раза в день.

Десятидневная схема:

ранитидин (зантак) по 150 мг 2 раза в день, или фамотидин (квamatел) по 20 мг 2 раза в день, или омепразол (зероцид) по 20 мг 2 раза в день, или пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза в день +

тетрациклин по 250 мг 4 раза в день во время еды + метронидазол (тинидазол) по 250 мг 4 раза в день во время еды.

Аутоиммунный (атрофический) гастрит с мегалобластной анемией, подтвержденной исследованием костного мозга и сниженным уровнем витамина В₁₂ в крови (меньше 150 нг/л)

Лекарственное лечение включает: оксикобаламин (или цианокобаламин) по 1000 мкг внутримышечно в течение 6 дн, далее — в той же дозе 1 раз в неделю в течение месяца, а в последующем длительно (пожизненно) 1 раз в 2 мес. Можно назначать заместительную терапию ахлоргидрии, ферментные препараты и препараты никотиновой кислоты.

Другие формы гастрита (гастродуоденита)

Проводится симптоматическое лечение с использованием следующих комбинаций препаратов:

1) при неязвенной диспепсии:

гастроцепин по 25—50 мг 2 раза в день + маалокс (гастал, дайджин, ремагель, фосфалюгель, протаб, гелюсил и др.) по 2 табл или 15 мл (пакет) 3 раза в день через 1 ч после еды;

2) при симптомах гипомоторной дискинезии:

домперидон (мотилиум) или цизаприд (координакс и др. синонимы) по 10 мг 3—4 раза в день перед едой +

маалокс (или другой антацид) по 2 табл или 15 мл (пакет) 3 раза в день через 1 ч после еды.

Продолжительность стационарного лечения — 10 дней, но с учетом этиологии и выраженности клинико-морфологических проявлений болезни сроки его могут быть изменены. В основном же лечение должно проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях с участием самого больного (рациональный режим питания и образ жизни). Хронический хеликобактерный гастрит считается в настоящее время процессом обратимым.

Требования к результатам лечения

1. Отсутствие симптомов, эндоскопических и гистологических признаков активности воспаления и инфекционного агента (полная ремиссия).

2. Прекращение боли и диспепсических расстройств, уменьшение гистологических признаков активности процесса без эрадикации НР.

Диспансеризация

Больные активным гастритом (гастродуоденитом), ассоциированным с НР, и аутоиммунным гастритом подлежат диспансерному наблюдению.

Следует помнить, что после эрадикации НР происходит полное обратное развитие гастрита, его активности и воспаления. Атрофия теоретически обратима, но ее обратное развитие наблюдается у небольшого числа больных.

Пептическая язва

Пептическая язва (ПЯ) — язвенный процесс в верхнем отделе пищеварительных путей, в развитии которого важную роль играет кислотно-пепсиновый фактор.

Классификация

К ПЯ относятся:

- 1) язва желудка (язвенная болезнь желудка), включая пептическую язву пилорического и других отделов желудка *шифр К 25;*
 - 2) язва двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки), включая пептическую язву всех отделов двенадцатиперстной кишки *шифр К 26;*
 - 3) гастроэюнальная язва, включая пептическую язву анастомоза желудка, приводящей и отводящей петель тонкой кишки, соустья с исключением первичной язвы тонкой кишки *шифр К 28.*
- ПЯ страдают 5—10% населения.

Этиология

К развитию ПЯ приводят неблагоприятные воздействия окружающей среды в сочетании с наследственной предрасположенностью. Экзогенные факторы ulcerогенеза: инфекция пилорическим хеликобактером (основная причина), нервно-психические перенапряжения (стресс), нарушения ритма и характера питания, вредные привычки (курение, алкоголь, кофе), профессиональные воздействия и качество жизни, прием нестероидных противовоспалительных препаратов. Эндогенные факторы язвообразования: 0(I) группа крови, увеличение массы обкладочных клеток (до 2 млрд, при норме 1 млрд) с увеличением кислотной продукции (основной фактор), повышение содержания в крови пепсиногенов, избыточное освобождение гастрина, дефицит ингибиторов трипсина — α -антитрипсина и β_2 -макроглобулина, дефицит IgA, фукогликопротеинов и гликозаминогликанов, являющихся основными протекторами слизистой оболочки. У больных ПЯ чаще

всего определяются антигены HLA B₅, B₁₄, B₁₅, при их обнаружении частота язв возрастает в 3 раза.

Патогенез

При наличии полигенного блока наследственных факторов возможно развитие ПЯ при воздействии на организм комплекса неблагоприятных влияний окружающей среды. Возникновение ПЯ и ее профилактика зависят от взаимоотношений агрессивных факторов (секреция желудком соляной кислоты и пепсина, инфицирование НР) и защитных механизмов (резистентность слизистой оболочки). Высказанное в 1903 г. Цварцем положение, что «без кислоты нет язвы» остается правильным, хотя в настоящее время его можно дополнить — «без кислоты и НР нет язвы». ПЯ развивается в том случае, если агрессивное действие кислоты и пепсина доминирует над сопротивляемостью слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Клиническая картина

Основные симптомы ПЯ: боли в области эпигастрия, снимаемые приемом пищи или соды; изжога, иногда мучительная; диспепсический синдром, наблюдаемый обычно вне фазы пищеварения; склонность к запорам. При обострении ПЯ обычно обнаруживается рецидивирующая язва, хронический активный гастрит, чаще — активный гастродуоденит, ассоциированные с пилорическим хеликобактером.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

• Общий анализ крови (при отклонении от нормы исследование повторять 1 раз в 10 дней).

Однократно:

• группа крови;

- резус-фактор;
- железо сыворотки крови;
- ретикулоциты;
- сахар крови;
- гистологическое исследование биоптата;
- цитологическое исследование биоптата;
- уреазный тест (CLO-test и др.);
- анализ кала на скрытую кровь;
- общий анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.

Двукратно:

- эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием.

Дополнительные исследования

Проводятся при подозрении на злокачественную язву, при наличии осложнений и сопутствующих заболеваний.

Консультации специалистов — по показаниям.

Диагноз

Учитывают эпигастральные боли — голодные, поздние, ночные; купирующее действие соды; болезненность в эпигастральной точке и пилорoduodenальной зоне; положительный симптом Менделя; гиперсекрецию желудка; рентгенологическое обнаружение ниши; эндоскопическое выявление язвенного дефекта.

Лечебные мероприятия

1. Рекомендации больному в отношении режима питания и образа жизни с учетом диагностированного заболевания.

2. Лекарственное лечение.

Лечение гастродуоденальных язв, ассоциированных с НР

Обследование и лечение больных ПЯ может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях.

Цель лечения: эрадикация НР, заживление язв, профилактика обострений и осложнений ПЯ.

Применяется одна из следующих лекарственных комбинаций и схем для эрадикации НР.

Семидневные схемы:

1) омепразол (зероцид, омизак и др. синонимы) по 20 мг 2 раза в день (утром и вечером с интервалом в 12 ч) или пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза в день +

кларитромицин (клацид) по 250 мг 2 раза в день +

метронидазол (трихопол и др. синонимы) по 500 мг 2 раза в день в конце еды;

2) омепразол (зероцид, омизак и др. синонимы) по 20 мг 2 раза в день с интервалом в 12 ч или пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза в день +

амоксициллин (хиконцил и др. синонимы) по 1 г 2 раза в день в конце еды или ампициллин по 1 г 2 раза в день в конце еды +

метронидазол (трихопол и др. синонимы) по 500 мг 2 раза в день в конце еды;

3) пилорид (ранитидин висмут цитрат) по 400 мг 2 раза в день в конце еды +

кларитромицин (клацид) по 250 мг, или тетрациклин по 500 мг, или амоксициллин по 1 г 2 раза в день +

метронидазол (трихопол и др. синонимы) по 500 мг 2 раза в день во время еды;

4) омепразол (зероцид, омизак и др. синонимы) по 20 мг 2 раза в день с интервалами в 12 ч или пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза в день +

коллоидный субцитрат висмута (вентрисол, де-нол и др. синонимы) по 120 мг 3 раза в день за 30 мин до еды и 4-й раз перед сном или викалин (викаир) по 2 табл 3 раза в день за 30 мин до еды и 4-й раз перед сном +

метронидазол или тинидазол по 500 мг 2 раза в день после еды +

тетрациклин или амоксициллин по 500 мг 4 раза в день после еды.

Частота эрадикации достигает 95%.

Десятидневная схема:

ранитидин (зантак и др. синонимы) по 300 мг 2 раза в день или фамотидин (квamatел и др. синонимы) по 40 мг 2 раза в день с интервалом в 12 ч +

препарат висмута (де-нол, вентрисол по 120 мг 3 раза в день за 30 мин до еды и 4-й раз перед сном или викалин (викаир) по 2 табл 3 раза в день за 30 мин до еды и 4-й раз перед сном) +

метронидазол по 250 мг 4 раза в день после еды +

тетрациклин по 250 мг 4 раза в день после еды.

Частота эрадикации достигает 90%.

После окончания комбинированной эрадикационной терапии продолжают лечение в течение 5 нед при дуоденальной и 7 нед при желудочной локализации язв с применением одного из следующих препаратов: ранитидин (зантак и др. синонимы) — 300 мг перед сном, фамотидин (квamatел и др. синонимы) — 40 мг перед сном, пилорид — 400 мг утром и вечером.

Продолжительность стационарного лечения зависит от объема исследований и интенсивности лечения. При язве желудка и гастроэюнальной язве — 20—30 дней, при язве двенадцатиперстной кишки — 10 дней. Общий курс лекарственной терапии в основном должен проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях.

Для профилактики обострений язв желудка и особенно язв двенадцатиперстной кишки, а следовательно, и их осложненных рекомендуются два вида терапии.

1. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторными средствами в половинной дозе, например, ежедневно вечером 150 мг ранитидина, или 20 мг кваматела (как весьма эффективного и наиболее дешевого препарата), или 40 мг пантопразола (контролока).

Показания к этому виду терапии:

- неэффективность эрадикационной терапии;
- осложнения ПЯ (язвенное кровотечение или перфорация);
- сопутствующие заболевания, требующие применения нестероидных противовоспалительных препаратов;
- сопутствующий ПЯ эрозивно-язвенный эзофагит;
- ежегодно рецидивирующее течение ПЯ, несмотря на адекватную курсовую терапию, у больных старше 60 лет.

2. Профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ПЯ, прием одного из антисекреторных препаратов (ранитидина, фамотидина, кваматела, омепразола, контролока) в полной суточной дозе в течение 2—3 дн, а затем в половинной — в течение 2 нед. Если после такой терапии симптомы обострения полностью исчезают, лечение следует прекратить, но, если симптомы не исчезают или рецидивируют, необходимо провести эзофагогастродуоденоскопию и другие исследования, как это предусмотрено данными стандартами при обострении.

Показаниями к проведению терапии «по требованию» служит появление симптомов ПЯ после успешной эрадикации НР.

Прогрессирующее течение ПЯ с рецидивом язвы в желудке

или в двенадцатиперстной кишке чаще связано с неэффективностью эрадикационной терапии и, реже, — с реинфекцией, т.е. с повторным инфицированием НР.

Лечение гастродуоденальных язв, не ассоциированных с НР (отрицательные морфологический и уреазный тесты из прицельных биоптатов, взятых в антральном отделе и теле желудка).

Цель лечения: купировать симптомы болезни и обеспечить рубцевание язвы.

Используется одна из следующих лекарственных комбинаций и схем:

ранитидин (зантак и др. синонимы) — 300 мг в сутки преимущественно однократно вечером и антацидный препарат (маалокс, ремегель, фосфалюгель и др.) в качестве симптоматического средства:

фамотидин (квamatел, фамоцид) — 40 мг в сутки преимущественно однократно вечером и антацидный препарат (маалокс, ремегель и др.) в качестве симптоматического средства;

сукралфат (вентер, сукрат гель) — 4 г в сутки (чаще 1 г за 30 мин до еды и перед сном спустя 2 ч после еды) в течение 4 нед, далее 2 г в сутки в течение 8 нед.

Эффективность лечения при язве желудка и гастроеюнальной язве контролируется эндоскопически через 8 нед, а при дуоденальной язве — через 4 нед.

Требования к результатам лечения

1. Купирование клинических и эндоскопических проявлений болезни (полная ремиссия) с двумя отрицательными тестами на НР (гистологический и уреазный), которые проводятся не раньше 4-й нед после отмены лекарственного лечения или при рецидиве язвы.

2. При частичной ремиссии, для которой характерно на-

личие незарубцевавшейся язвы, необходимо проанализировать выполнение больным режима лечения и продолжить лекарственную терапию с внесением в нее соответствующих коррективов. Если язва зарубцевалась, но сохраняются активный гастродуоденит и инфицированность НР, это также означает, что полная ремиссия отсутствует и больные нуждаются в лечении, включая эрадикационную терапию.

Профилактическое лечение необходимо проводить у находящихся под диспансерным наблюдением больных ПЯ с отсутствием полной ремиссии. Если у такого больного в течение 3 лет нет обострений и отмечается полная ремиссия, он снимается с диспансерного учета и в лечении по поводу ПЯ, как правило, не нуждается.

Синдромы оперированного желудка

Шифр К 91.1

Синдромы оперированного желудка — это последствия желудочной хирургии, которые включают функциональные и структурные нарушения после резекции желудка и различных вариантов ваготомии и анастомозов, проявляющиеся астеновегетативным, диспепсическим и нередко болевым синдромами.

Клинически значимые изменения отмечаются у 40% больных, перенесших резекцию желудка, и у 20% пациентов — после ваготомии.

В зависимости от характера выполненных операций выделяют два вида послеоперационных расстройств: постгастрорезекционные и постваготомические. В свою очередь постгастрорезекционные расстройства включают в себя: рецидив

язвы, демпинг-синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли, рефлюкс-гастрит, постгастрорезекционную дистрофию, постгастрорезекционную анемию и дискинезию желчевыводящих путей. В состав постваготомического синдрома входят: дисфагия, гастростаз, рецидив язвы, диарея, демпинг-синдром.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- общий анализ крови, гематокрит, ретикулоциты;
- общий билирубин, холестерин, натрий, калий и кальций крови, сывороточное железо;
- сахар крови и сахарная кривая;
- общий белок и белковые фракции, ЩФ;
- общий анализ мочи, диастаза мочи;
- гистологическое исследование биоптата;
- копрограмма, кал на дисбактериоз.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- эзофагогастродуоденоскопия с биопсией;
- ректосигмоскопия;
- УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы;
- электрокардиография.

Консультации специалистов: обязательные — хирург, эндокринолог.

Диагноз

Диагноз *демпинг-синдрома* основывается на характерной симптоматике (слабость, потливость, сердцебиение, головокружение спустя 5—20 мин после еды). Быстрая эвакуация бариевой взвеси из культи желудка и ускоренный пассаж по

тонкой кишке, выявляемые при рентгенологическом исследовании, подтверждают диагноз.

Гипогликемический синдром устанавливается при появлении мучительного чувства голода, боли в эпигастрии, слабости, усиленного потоотделения, головокружения спустя 2—3 ч после еды и подтверждается гликемической кривой после нагрузки глюкозой — отмечается быстрый подъем и столь же резкое падение концентрации сахара в крови ниже исходного уровня.

Диагноз **пептической язвы анастомоза** основывается на выраженном болевом синдроме и подтверждается ее обнаружением при гастрофиброскопии.

Постгастрорезекционная дистрофия сопровождается значительным снижением массы тела, признаками гиповитаминоза, судорогами в икроножных мышцах и болями в костях, снижением уровня общего белка и альбуминов.

Постгастрорезекционная анемия встречается в трех вариантах: гипохромная железodefицитная, гиперхромная V_{12} -дефицитная и поливалентная (полифакторная).

Лечебные мероприятия

1. При демпинг-синдроме — рациональное питание (высококалорийная диета с большим содержанием белков и исключением легкоусвояемых углеводов при дробном приеме не менее 6 раз в сутки) и соответствующий образ жизни.

2. Комбинации лекарственных средств:

а) дебридат по 100—200 мг 3 раза в день, или метеоспазмил по 1 капсуле 3 раза в день, или эглонил (сульпирид) по 50 мг 3 раза в день за 30 мин до еды;

б) лоперамид (имодрум) по 2—4 мг после жидкого стула, но не более 12 мг в сутки;

в) панцитрат, или креон, или мезим по 1 дозе в начале еды 4—5 раз в день;

г) маалокс, или протаб, или фосфалюгель, или другой антацидный препарат либо сукралфат (вентер, сукрат гель) по 1 дозе за 30 мин до еды 4 раза в день;

д) витамины В₁ (50 мг), В₆ (50 мг), никотиновая кислота (100—150 мг), фолиевая кислота (10 мг), аскорбиновая кислота (0,5 г), оксикобаламин (200 мкг) ежедневно по одной дозе.

По показаниям проводится зондовое энтеральное или парентеральное питание.

Постоянная поддерживающая терапия в амбулаторных условиях (предписание для пациента):

1) диетический режим;

2) ферментные препараты (панцитрат, или креон, или мезим, или панкреатин);

3) антацидные средства (маалокс, ремагель, фосфалюгель и др.) и цитопротекторы (сукралфат, вентер, ремагель и др.);

4) профилактические поливитаминные курсы;

5) курсы антибактериальной терапии для деконтаминации тонкой кишки 2 раза в год.

Продолжительность стационарного лечения — 21—28 дн, амбулаторного — пожизненно.

Требования к результатам лечения

1. Клинико-эндоскопическая и лабораторная ремиссия с восстановлением до нормы всех показателей.

2. Неполная ремиссия или улучшение, когда симптомы болезни купируются не полностью. Это относится к тяжело-му демпинг-синдрому, при котором полной и стойкой ремиссии добиться не удастся даже при адекватном лечении.

Целиакия

Шифр К 90.0

Целиакия (глютенчувствительная энтеропатия, идиопатическая стеаторея, нетропическая спру) — наследственное заболевание, характеризующееся непереносимостью злаковых культур (точнее, проламина, содержащегося в пшенице, ржи, ячмене, овсе, просе), сопровождающееся атрофией слизистой оболочки тонкой кишки и мальабсорбцией.

Распространенность — примерно 33 на 100 000 населения.

Патогенез

Считают, что целиакия связана с нарушением обмена, при котором в результате неполного переваривания проламина (ранее назывался глютенем) происходит накопление токсичных веществ, повреждающих слизистую оболочку, с развитием атрофического еюннта. Нарушения переваривания и всасывания нутриентов с внутрикишечным ростом микрофлоры приводят к полифекалии, развитию дистрофии, гипопротенемии, анемии, полигландулярной недостаточности, полигиповитаминоза, остеопороза.

Клиническая картина

Ведущие симптомы: боли вокруг пупка, вздутие живота, особенно после еды, урчание в животе; стул пенный, жидкий, обильный, «жирный» (плохо смывается с унитаза), по несколько раз в сутки; железодефицитная анемия и гипопротенемия, часто сочетающаяся с отеками. Тяжелая форма протекает с выраженными признаками алиментарной дистрофии, которая может достигать степени кахексии.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- общий анализ крови, ретикулоциты;
- сывороточное железо, ферритин, общий белок и белковые фракции, холестерин, сывороточные иммуноглобулины;
- гистологическое исследование биоптата;
- общий анализ мочи;
- копрограмма, бактериологическое исследование кала.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.

Двукратно:

- эзофагогастродуоденоскопия и прицельная биопсия слизистой оболочки из дистального отдела двенадцатиперстной или тощей кишки.

Диагноз

Развитие болезни с детского возраста, постоянные поносы, преобладание заболеваемости среди женщин, рецидивы обострений, провоцируемые беременностью, родами, погрешностями в питании, железодефицитная анемия, рефрактерная к терапии препаратами железа, должны наводить на мысль о целиакии. Диагноз подтверждается клиническим эффектом от применения беспроламиновой (безглютеновой) диеты и гистологическим исследованием биоптата слизистой оболочки дистального отдела двенадцатиперстной кишки (атрофические изменения).

Лечебные мероприятия

1. Беспроламиновая (аглютеновая) диета на всю жизнь, в которую не входят продукты, изготовленные из пшеницы, ржи,

ячменя, овса и проса. Исключаются хлеб и хлебобулочные изделия, манная, пшенная, перловая, овсяная и пшеничная крупы, макароны, колбасы, сосиски, мясные консервы, майонез, мороженое, шоколад, пиво и другие продукты, содержащие злаки. Разрешаются рис, гречка, кукуруза, соя, саго, картофель и изделия, изготовленные из них. Рекомендуются мясо, рыба, яйца, сыр, творог, бобовые, орехи, овощи, фрукты, ягоды. Включение в рацион сливочного и растительного масла, маргарина, молочных продуктов, кофе, какао зависит от индивидуальной их переносимости. Все блюда готовят на пару или в вареном виде. Питание дробное — 4—6 раз в день.

2. При наличии анемии назначают внутрь сульфат закисного железа (0,3—0,5 г 3—4 раза в сутки), фолиевую кислоту (5 мг в сутки) и кальция глюконат (1,5 г в сутки).

Лечение проводится с учетом степени тяжести синдрома нарушенного всасывания и включает восстановление метаболических нарушений.

Лечение при устойчивой ремиссии:

- беспроламинная диета пожизненно;
- 1 раз в квартал — 20-дневные курсы поливитаминными препаратами (ундевит, или уникап, или квадевит, или комплевит и др.);
- по показаниям — ферментные препараты (креон или панцитрат и др.).

Лечение при отсутствии ремиссии: I—II степень тяжести (диарея с полифекацией, снижение массы тела, гиповитаминоз, признаки дефицита кальция и др.):

- беспроламинная диета постоянно;
- полноценное энтеральное питание;
- анаболические гормоны (ретаболил и другие аналоги);
- ферментные препараты (креон, панцитрат и другие аналоги);

- с учетом клинических проявлений гиповитаминоза — парентеральное введение витаминов В₁, В₆, никотиновой кислоты и др.;

- лечение бактериальной контаминации тонкой кишки и дисбактериоза толстой кишки антибактериальными (фуразолидон, нитетрикс и др.) и бактериальными (бификол и др.) препаратами в виде последовательных курсов.

III степень тяжести, проявляющаяся наряду с классическими симптомами также и отеками:

- терапия глюкокортикоидами (преднизолон и др.);
- парентеральное питание;
- коррекция нарушений белкового, липидного и водно-электролитного обмена.

Продолжительность стационарного лечения — 21 дн (на период интенсивной терапии), а в основном больные должны лечиться в амбулаторно-поликлинических условиях.

Требования к результатам лечения и практические рекомендации

Конечная цель — полная ремиссия, которая обычно наступает при адекватном лечении не позже чем через 3 мес от начала лечения.

При отсутствии положительного ответа на беспроламинную диету в первые 3 месяца необходимо:

- исключить из рациона молочные продукты;
- назначить внутрь на 5 дн метронидазол (трихопол и др. синонимы) по 0,5 г 2 раза в сутки.

Если были исключены все другие причины слабого ответа на беспроламинную диету, то необходимо дополнительно провести 7-дневный курс лечения преднизолоном (20 мг в сутки).

Больные подлежат обязательному диспансерному наблюдению с ежегодным осмотром и обследованием.

Язвенный колит

Шифр К 51

Язвенный колит (ЯК) неспецифический — некротизирующее воспаление слизистой оболочки толстой и прямой кишки неспецифического характера, характеризующееся обострениями.

Заболеваемость составляет 6—8 на 100 000, а распространенность — 70—150 на 100 000 населения.

Этиология

Неизвестна. Полагают, что причиной ЯК могут быть различные бактерии, вирусы или продукты их жизнедеятельности.

Патогенез

При микробной обсемененности воздействие высокоактивных энзимов приводит к значительной структурно-функциональной перестройке слизистой оболочки толстой кишки. В ряде случаев происходит потеря слизистой оболочки на большом протяжении, что может приводить к вторичному инфицированию с развитием осложнений (дилатация, кровотечение, перфорация).

Клиническая картина

Чаще встречается проктит, чем тотальный колит. В зависимости от выраженности и распространенности неспецифического некротизирующего воспаления выделяют легкую (в основном проктит), средней тяжести (в основном проктосигмоидит) и тяжелую (в основном тотальный колит) формы. Возможно острое, хроническое непрерывное и хроническое рецидивирующее течение болезни.

Характерные признаки ЯК: диарея с примесью крови, слизи или гноя, боли в животе, тенезмы до и во время дефекации, депрессия, общая слабость, в более тяжелых случаях — повышенные температуры и уменьшение массы тела. При вовлечении в процесс прямой кишки больной жалуется на запоры и тенезмы. При средней тяжести болезни типичны двукратные или четырехкратные испражнения. Тяжелое течение ЯК сопровождается более частыми испражнениями, каловые массы при этом жидкие, в них содержатся кровь и гной.

Возможны осложнения (профузное кровотечение, перфорация, токсическая дилатация толстой кишки) и ассоциированные с ЯК заболевания (склерозирующий холангит, анкилозирующий спондилоартрит и др.).

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

- Общий анализ крови (при отклонении от нормы исследования повторять 1 раз в 10 дн).

Однократно:

- калий, натрий, кальций крови, группа крови, резус-фактор;
- копрограмма, кал на скрытую кровь;
- гистологическое и цитологическое исследование биоптата;
- посев кала на бактериальную флору;
- общий анализ мочи.

Двукратно (в случае наличия патологических изменений при первом исследовании):

- холестерин крови, общий билирубин и фракции;
- общий белок и фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП;
- сывороточное железо.

Дополнительные лабораторные исследования:

- коагулограмма, гематокритное число, ретикулоциты;

- сывороточные иммуноглобулины, исследования на ВИЧ;
- кровь на маркеры гепатитов В и С.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

ректосигмоскопия с биопсией слизистой оболочки прямой кишки.

Дополнительные исследования

Проводятся в зависимости от тяжести течения основной болезни, ее осложнений и сопутствующих заболеваний.

Однократно:

- УЗИ брюшной полости и малого таза;
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;
- рентгенография брюшной полости.

Консультации специалистов: обязательные — хирурга, гинеколога.

Диагноз

Учитывают жалобы на поносы с кровью, слизью, гноем, тенезмы, боли в животе и болезненность по ходу пораженных отделов толстой кишки. Диагноз подтверждается данными ректосигмоскопии, ирригоскопии, колоноскопии и биопсии слизистой оболочки. При эндоскопическом исследовании выявляют отек, воспалительную инфильтрацию, слизисто-кровянистый выпот и контактные кровотечения. В тяжелых случаях обнаруживают эрозии и язвы, дно которых покрыто гноем. Обычно для диагностики язвенного колита достаточно ректосигмоскопии, так как патологические изменения выявляются практически в 100% случаев.

Лечебные мероприятия

Легкая форма (преимущественно проктит):

1) преднизолон внутрь по 20 мг в сутки в течение месяца, затем постепенная отмена (по 5 мг в неделю);

2) микроклизмы с гидрокортизоном (125 мг) или преднизолоном (20 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дн;

3) сульфасалазин внутрь по 2 г, или салазопиридазин по 1 г, или месалазин (мезакол, салофальк и др. синонимы) по 1 г в сутки длительно (в течение многих лет).

Среднетяжелая форма (преимущественно проктосигмоидит):

1) преднизолон внутрь по 40 мг в сутки в течение месяца, затем постепенная отмена (по 10 мг в неделю);

2) микроклизмы с гидрокортизоном (125 мг) или преднизолоном (20 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дн;

3) сульфасалазин по 2 г или салазопиридазин по 1 г в сутки, при непереносимости — месалазин (мезакол, салофальк) по 1 г в сутки длительно (в течение многих лет);

4) метронидазол по 1 г в сутки в течение 20—30 дн.

Тяжелая форма:

1) гидрокортизон по 125 мг внутривенно 4 раза в сутки в течение 5 дн;

2) гидрокортизон по 125 мг или преднизолон по 20 мг ректально капельно (препарат растворяется в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида) 2 раза в сутки в течение 5 дн;

3) парентеральное питание и другие реанимационные мероприятия в соответствующем отделении (гемотрансфузии, введение жидкостей, электролитов и т.д.);

4) ежедневное проведение комплекса лабораторных исследований, обзорной рентгенограммы брюшной полости с целью ранней диагностики осложнений;

5) спустя 5 дн определяются показания к неотложной операции.

Продолжительность стационарного лечения: при легкой форме — 10—15 дн, при форме средней тяжести — 28—30 дн, при тяжелой форме — до 2 мес и более. В основном же

больные наблюдаются и лечатся в амбулаторно-поликлинических условиях.

Требования к результатам лечения

1. Полная клинико-эндоскопическая ремиссия с нормализацией содержания гемоглобина, эритроцитов и других лабораторных показателей.

2. Клинико-эндоскопическое улучшение с частичной нормализацией лабораторных показателей (неполная ремиссия), в связи с этим необходимо:

а) продолжить прежнюю терапию;

б) дополнить терапию приемом метронидазола (по 500 мг 2 раза в день в течение 1 мес).

Диспансерное наблюдение

Обязательно ежегодное посещение врача и проведение ректосигмоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки прямой кишки с целью уточнения диагноза и выявления дисплазии.

Колонофиброскопия с множественной прицельной биопсией необходима при тотальном колите, существующем свыше 10 лет.

Исследование крови и функциональные пробы печени проводятся ежегодно.

Медикаментозное лечение амбулаторных больных ЯК, находящихся в стадии ремиссии:

1) сульфасалазин по 1 г 2 раза в день или месалазин (мезакол, салофальк и др. синонимы) по 0,5 г 2 раза в день длительно (в течение многих лет);

2) дополнительное медикаментозное лечение проводится в зависимости от клинических проявлений и результатов обследования в процессе диспансерного наблюдения.

Дивертикулярная болезнь кишечника

Шифр К 57

Дивертикулы кишечника (ДК) — выпячивание стенок кишечника различной формы и величины.

ДК встречаются примерно у 5% людей, преимущественно в возрасте 40—60 лет и старше.

Классификация

К ДК относятся:

1) дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса *шифр К 57.3;*

2) дивертикулярная болезнь толстой и тонкой кишки без прободения и абсцесса *шифр К 57.5;*

3) дивертикулярная болезнь кишечника неуточненной локализации (дивертикулярная болезнь кишечника) *шифр К 57.9.*

ДК бывают единичными и множественными (дивертикулез), истинными, состоящими из слизистой, мышечной и серозной оболочек, и ложными, проявляющимися выпячиванием слизистой оболочки через дефекты мышечной оболочки.

Этиология

Врожденные ДК возникают вследствие местных дефектов развития, приобретенные — образуются, если в рационе преобладают малошлаковые продукты.

Патогенез

При повышении внутриполостного давления может произойти выпячивание слизистой оболочки через мышечный слой в самых слабых местах с образованием ДК, которые чаще локализуются в сигмовидной и нисходящей кишке. При умень-

шении сократительной способности нарушается эвакуация содержимого из дивертикула, возникает опасность копростазов, инфицирования, некроза, пенетрации в мочево́й пузырь и даже перфорации.

Клиническая картина

Беспокоят непродолжительные рецидивирующие боли в области сигмовидной и нисходящей кишки, которые уменьшаются после стула и отхождения газов, наблюдаются запоры, обычно неупорные, метеоризм. При развитии дивертикулита боли становятся длительными и распространенными, иррадируют в поясницу, крестец, пах, отмечается мучительное вздутие живота, запоры носят упорный характер. Могут развиваться кровотечения, кишечная непроходимость, перфорация, кишечно-пузырный свищ и другие осложнения. При обследовании диагностируются дивертикулез или дивертикулит с синдромными проявлениями.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- общий анализ крови;
- С-реактивный белок, фибриноген, общий белок и фракции;
- копрограмма, бактериологическое исследование кала;
- гистологическое и цитологическое исследование биоптата;
- общий анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- ректосигмоскопия с прицельной биопсией;
- ирригоскопия (с бариевой клизмой).

Дополнительные инструментальные исследования

Однократно:

- колоноскопия с прицельной биопсией.

Консультации специалистов: обязательные — колопроктолога, гинеколога, уролога.

Диагноз

Дивертикулярная болезнь может быть установлена при ирригоскопии — дивертикулы выявляются в виде дополнительных полостей округлой формы, соединенных перешейками с просветом кишки.

Лечебные мероприятия

1. Диета, включающая продукты, содержащие пищевые волокна.

2. Симптоматическая лекарственная терапия:

а) при болях — дебрилат внутрь по 100—200 мг (по 1—2 табл) или метеоспазмил по 1 капсуле 3—4 раза в день;

б) при склонности к запорам — лактулоза внутрь (сироп «Нормазе») по 30—60 мл в день;

в) при дивертикулитах без абсцедирования — антибактериальные средства (тетрациклин, нитетрикс, сульгин, септрин, бисептол и др.), курс лечения 7 дней.

Продолжительность стационарного лечения определяется вариантом болезни и в среднем составляет 10—12 дн.

Требования к результатам лечения

Клинико-лабораторная ремиссия с нормализацией картины крови.

Улучшение клинических проявлений болезни без осложнений (дивертикулит, абсцедирование, прободение).

Диспансерное наблюдение

Больные подлежат диспансерному наблюдению с ежегодным осмотром врача и плановым обследованием.

Синдром раздраженного кишечника

Шифр К 58

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — расстройства моторной и секреторной функции кишечника, преимущественно толстой кишки, без структурных изменений органов.

Примерно 20% людей страдают СРК, однако не все они обращаются за медицинской помощью.

Классификация

В соответствии с рекомендациями Международного совещания экспертов (Рим, 1998) и Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10), необходимо пользоваться термином СРК (шифр К 58). Сюда включаются: СРК с диареей (шифр К 58.0), СРК без диареи (шифр К 58.9) и СРК с запором (шифр К 59.0). В эту рубрику включены болезни, обусловленные функциональными расстройствами кишечника продолжительностью свыше 3 мес.

Этиология

Ведущую роль в возникновении СРК играют отрицательные эмоции, стрессовые ситуации, длительная травматизация психики, семейные, сексуальные или профессиональные трудности, недостаток растительной клетчатки в рационе питания, гиподинамия, заболевания желудочно-кишечного тракта, перенесенные кишечные инфекции, воздействие токсических факторов (свинец, никотин и др.).

Патогенез

У многих больных с СРК имеются избыточная микробная контаминация в тонкой кишке и дисбактериоз толстой кишки. В результате жизнедеятельности бактерий в тонкой

кишке в избыточном количестве могут образовываться и накапливаться свободные (деконъюгированные) желчные кислоты, гидроксиды жирных кислот, бактериальные токсины, протеазы и различные метаболиты (фенолы, биогенные амины и др.). В результате в толстую кишку поступает химус, обладающий агрессивными свойствами, что приводит к расстройствам моторно-секреторной функции кишки. Чрезмерная сократительная активность и двигательные расстройства толстой кишки являются основными причинами болей.

Клиническая картина

В зависимости от ведущего симптома различают три основных варианта СРК:

СРК с преобладанием диареи — жидкий стул 2—4 раза в день, преимущественно в утренние часы после завтрака, иногда с примесью слизи и остатков непереваренной пищи; неотложные (императивные) позывы на дефекацию (изредка); отсутствие диареи в ночное время;

СРК с преобладанием запоров — отсутствие дефекации в течение 3 и более суток; чередование запоров и поносов; чувство неполного опорожнения кишечника;

СРК с преобладанием болей и вздутия живота — схваткообразные боли, усиливающиеся перед актом дефекации и исчезающие после опорожнения кишечника; вздутие живота (метеоризм); напряжение передней брюшной стенки и болезненность по ходу всех отделов кишечника.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- общий анализ крови;
- общий билирубин крови, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП;

- кал на дисбактериоз, копрограмма, анализ кала на скрытую кровь;
- общий анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- ректосигмоскопия;
- ирригоскопия;
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза;
- электрокардиография;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- колоноскопия с биопсией.

Консультации специалистов: обязательная — колопроктолога, по показаниям — гинеколога, уролога, невропатолога, физиотерапевта.

Диагноз

При подозрении на синдром раздраженной кишки проводят ректосигмоскопию. Она важна для исключения органической или воспалительной патологии в прямой и сигмовидной кишке, а также для обнаружения признаков, характерных для синдрома раздраженной кишки: спазмированной сигмовидной кишки, гиперемии слизистой оболочки дистальных отделов ободочной и прямой кишки. Наличие микроскопической картины проктосигмоидита не является основанием для исключения синдрома раздраженной кишки.

Лечебные мероприятия

1. Психотерапия и диета с исключением продуктов и напитков, которые пациент не переносит.
2. Лекарственная терапия.

При *избыточном бактериальном росте* (микробная контаминация, дисбактериоз) назначают три 5—7-дневных курса кишечных антисептиков широкого спектра действия:

- нитетрикс по 2 капсулы 3 раза в день;
- фуразолидон по 0,1 г 3 раза в день;
- нифураксазид (эрсефурил) по 0,3 г 3 раза в день (капсулы, сироп);
- сульфгин по 0,5 г 4 раза в день;
- энтерол по 1—2 капсулы или по пакетику 2 раза в день.

При *спастической дискинезии толстой кишки* применяют препараты со спазмолитическим и анальгетическим эффектом: в течение 2 нед метоспазмил по 1 капсуле 3 раза в день или дебридат по 100—200 мг 3 раза в день, реже но-шпу или папаверин по 0,04 г или бускопан по 10 мг или спазмомен по 40 мг 3—4 раза в день.

При *преобладании запора* наряду с диетой, содержащей пищевые волокна и достаточное количество жидкости, дополнительно назначают слабительное средство:

лактозу (лизалак, нормазе) — 30—60 мл, или бисакодил — 1—2 драже (0,005—0,015 г) однократно перед сном, или гутталакс — 10—12 капель перед сном, или калифиг (комбинированный препарат) — 1—2 столовые ложки перед сном, или кафиол (комбинированный препарат) — 1 брикет перед сном и др.

При *гипомоторной дискинезии* оправдана курсовая терапия цизапридом (координакс) внутрь по 20 мг 2 раза в день в сочетании с ламинаридом — 4 чайные ложки гранул в сутки.

При *диарее* назначают шитомакопротектор смекту по 1 пакету 3 раза в день после еды, буферные алюмосодержащие антациды (маалокс, гастал, протаб и др.) по 1 дозе 3—4 раза в день через 1 ч после еды и антидиарейные препараты, замедляющие перистальтику кишки, — лоперамид (имодиум) по 2—4 мг на прием (до 16 мг в сутки) до прекращения поноса.

Продолжительность стационарного лечения — 14—21 дн.

Требования к результатам лечения

1. Купирование болевого и диспепсического синдромов, нормализация стула и лабораторных показателей (ремиссия).

2. Улучшение самочувствия без существенной положительной динамики объективных данных (частичная ремиссия).

При отсутствии эффекта следует продолжить лечение и наблюдение в амбулаторно-поликлинических условиях.

Хронический гепатит

Шифр К 73

Хронический гепатит (ХГ) определяется по наличию в течение 6 мес клинических, биохимических или иммунологических изменений, указывающих на гепатит или холестаза.

Частота ХГ — 50—60 на 100 000 населения, болеют преимущественно мужчины.

Классификация

Болезни, сгруппированные в этом разделе, имеют этнологические, патогенетические и клинические различия, специфические подходы к лечению, но все они дифференцируются только в результате углубленного обследования. Современные классификации (Лос-Анджелес, 1994), которые широко используются во всем мире, исходят прежде всего из этинологических критериев.

1. Аутоиммунный гепатит

шифр К 73.2.

2. Хронический гепатит В

шифр В 18.1.

3. Хронический гепатит D

шифр В 18.0.

4. Хронический гепатит С

шифр В 18.2.

5. Хронический гепатит, не классифицированный

в других рубриках

шифр В 18.

6. Хронический алкогольный гепатит.
7. Хронический лекарственный гепатит.
8. Первичный билиарный цирроз.
9. Первичный склерозирующий холангит.
10. Болезнь Вильсона.
11. Болезнь недостаточности альфа-трипсина.

Этиология, патогенез, клиническая картина

Аутоиммунный (липоидный) гепатит (АГ) — это неразрешающийся, преимущественно перипортальный гепатит (обычно с гипергаммаглобулинемией и тканевыми аутоантигенами), который в большинстве случаев поддается иммуносупрессивной терапии. Характеризуется высокими титрами антинуклеарного фактора, антител к ДНК и гладкой мускулатуре, в частности к актину; обнаруживаются аутоантитела к компоненту печеночного солюбилизованного протеина. Заболевание семейное.

Болеют преимущественно девушки и молодые женщины. Начинается постепенно: с астенизации, недомогания, болей в правом подреберье, стойкой желтухи, резко повышенной активности аминотрансфераз. АГ часто ассоциируется с лихорадкой, полиартритом крупных суставов, кожными изменениями (аллергический капиллярит, эритема, пурпура), генерализованной лимфаденопатией, гломерулонефритом, плевритом, эндокринными изменениями, резко повышенной СОЭ.

Хронический гепатит В — воспалительное заболевание печени, вызванное вирусом гепатита В (HBV). Длится 6 мес и более и может привести к циррозу или быть ассоциированным с циррозом. Развивается в результате длительной репликации HBV и специфической недостаточности Т-лимфоцитов хозяина для распознавания HBV-антигенов. Может протекать в репликативной и интегративной формах. Маркерами

репликативной формы выступают HBeAg, HBV ДНК, анти-HBc IgM в сыворотке крови и HBeAg в биоптатах печени. Маркеры интегративной формы — HBsAg в крови, но при отсутствии HBeAg.

Хронический гепатит D — воспалительное заболевание печени, вызванное вирусом гепатита D (HDV) в сочетании с HBV-инфекцией. Длится 6 мес и более и может привести к циррозу или быть ассоциированным с циррозом. D-вирус способен к репликации только при участии вируса гепатита В. D-вирус встраивается в его внешнюю оболочку и интенсивно размножается. Он является высокопатогенным гепатотропным микроорганизмом. Маркеры вируса D: анти-HDAg IgM в сыворотке, РНК HDV, HDAg — в биоптатах печени в сочетании с HBsAg.

Хронический гепатит С составляет около 90 % пост-трансфузионных гепатитов и циррозов печени. Обычно имеет латентное течение. Часто сочетается с синдромом Шегрена и гломерулонефритом. Диагностируется путем исключения специфических маркеров В и D, а также выявления антител к вирусу С и РНК HCV.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- холестерин крови, амилаза крови, группа крови, резус-фактор;
- копрограмма, анализ кала на скрытую кровь;
- цитологическое исследование биоптата;
- гистологическое исследование биоптата;
- вирусные маркеры (HBsAg, HBeAg, антитела к вирусу гепатита В, С, D).

Двукратно:

- общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты;
- общий белок и белковые фракции;
- АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП;
- иммуноглобулины крови;
- общий анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки.

Дополнительные исследования

Проводятся по показаниям в зависимости от предполагаемого заболевания:

- мочевиная кислота, калий и натрий крови; коагулограмма;
- антигладкомышечные, антимиохондриальные и антинуклеарные антитела (если исследования на вирусные маркеры отрицательные и имеется подозрение на аутоиммунный гепатит и первичный билиарный цирроз печени);
- медь и церулоплазмин крови, ферритин крови;
- медь мочи (24-часовая экскреция меди при подозрении на болезнь Вильсона);
- альфа-фетопротеин крови (при подозрении на гепатому);
- парацетамол и другие токсические вещества в крови по показаниям;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- чрескожная биопсия печени;
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;
- компьютерная томография.

Консультации специалистов: по показаниям — окулиста, уролога, гинеколога, хирурга.

Диагноз

Аутоиммунный гепатит определяется по основным

критериям аутоиммунного заболевания: невозможность выявления этиологического фактора, увеличенная СОЭ, гипергаммаглобулинемия, лимфогистиоцитарная и лимфоплазмоцитарная инфильтрация, аномалия иммунной системы (увеличение сывороточных антител к ядру, печеночным и почечным микросомам, гладкомышечным антигенам, к растворимым печеночным антигенам).

НВеАg-позитивный гепатит В диагностируется, если установлены выраженная гипертрансаминаземия с превышением нормы в 5—10 раз, снижение уровня альбуминов, повышение — γ -глобулинов в 2 и более раз и определяются маркеры: НВеАg, вирусная ДНК, анти-НВе IgM в крови в высоких цифрах.

НВеАg-негативный гепатит В сопровождается умеренным повышением (в 2—5 раз) активности АЛТ. Маркерами его являются НВsАg и анти-НВе в крови, но при отсутствии НВеАg.

Хронический гепатит D протекает с выраженной диспротеинемией, повышенной СОЭ, с 5—10-кратным увеличением активности АЛТ. Маркеры вируса: анти-НDАg IgM в сыворотке, НDАg в биоптатах печени в сочетании с НВsАg.

Вирусный гепатит С устанавливается путем исключения специфических маркеров вирусов В и D и выявления сывороточных антител к вирусу гепатита С.

Лечебные мероприятия

Аутоиммунный гепатит

1. Преднизолон по 30 мг/сут в течение месяца, затем ежемесячно суточную дозу уменьшают на 5 мг до уровня поддерживающей (10 мг/сут), в этой дозе принимают несколько лет.

2. Азатиоприн — первоначально 50 мг/сут, поддерживающая доза (в течение нескольких лет) — 25 мг/сут.

3. Симптоматическое лечение: в основном ферментные препараты поджелудочной железы — панцитрат, или креон или другой препарат по 1 капсуле перед едой 3 раза в день в течение 2 нед ежеквартально.

Другие виды терапии назначаются с учетом вариантов течения болезни.

Хронический вирусный гепатит В (при наличии в сыворотке крови HBsAg, HBeAg, ДНК HBV)

1. Соблюдение диеты с исключением спиртных напитков.

2. α -Интерферонотерапия. Оптимальная схема — α -интерферон (интрон А, вэллферон, роферон и другие аналоги) внутримышечно по 5 000 000 МЕ 3 раза в неделю в течение 6 мес или по 10 000 000 МЕ 3 раза в неделю в течение 3 мес. Терапия дорогостоящая, эффективна в 25 % случаев.

3. Базисная терапия: внутривенно капельно гемодез — 200—300 мл/сут в течение 3 дн, внутрь лактулоза — 30—40 мл/сут в течение 1 мес.

4. Кортикостероиды: 1-я нед — 30 мг, 2-я нед — 20 мг, 3—4-я нед — 15 мг, поддерживающая доза — 10 мг.

5. Препараты мембраностабилизирующего действия: гептрал, хофитол, эссенциале, липостабил по 1 капсуле 3 раза в день перед едой, курс — 4—6 нед.

6. Витамины: В₆, В₁, Е, никотиновая и пантотеновая кислоты, рибофлавин, аскорбиновая кислота.

Дозы и схемы лечения зависят от активности процесса, препарата и многих других факторов.

Хронический вирусный гепатит С (при наличии в сыворотке крови анти-НСУ и РНК НСУ)

1. α -Интерферон (интрон А, вэллферон, роферон и другие аналоги) внутримышечно по 3 000 000 МЕ 3 раза в неделю на протяжении 2 мес, затем в зависимости от эффективности терапии: при нормализации или снижении активности

аминотрансфераз продолжают введение интерферона в первоначальной или более высокой дозе еще в течение 6 мес; при отсутствии положительной динамики введение α -интерферона прекращают. Возможно комбинированное применение α -интерферона (по 3 000 000 МЕ 3 раза в неделю) и эссенциале (по 6 капсул в день) в течение 6 мес.

2. Базисная терапия: внутривенно капельно гемодез — 200—300 мл/сут в течение 3 дн, внутрь лактулоза — 30—40 мл/сут в течение месяца.

3. Препараты мембраностабилизирующего действия.

4. Поливитаминны.

Хронический вирусный гепатит D (при наличии в сыворотке крови HBsAg и РНК HDV)

1. α -Интерферон (интрон А, вэллферон, роферон и другие аналоги) внутримышечно по 5 000 000 МЕ 3 раза в неделю, при отсутствии эффекта дозу увеличивают до 10 000 000 МЕ 3 раза в неделю, продолжительность — до 12 мес.

2. Базисная терапия: внутривенно капельно гемодез — 200—300 мл в течение 3 дн; внутрь лактулоза — 30—40 мл/сут в течение месяца.

3. Препараты мембраностабилизирующего действия.

Продолжительность стационарного лечения — 3—4 нед.

В условиях стационара в основном проводится первичное обследование и интенсивное лечение, а все остальные виды терапии и контрольные исследования осуществляются в амбулаторно-поликлинических условиях.

Требования к результатам лечения

Обеспечить ремиссию болезни: первичная ремиссия — нормализация активности АСТ и АЛТ в ходе лечения, подтвержденная повторными исследованиями с интервалом в 1 мес; стабильная ремиссия — нормальная активность АСТ и АЛТ удерживается в течение 6 мес после лечения; длитель-

ная ремиссия — нормальная активность АСТ и АЛТ удерживается в течение 2 лет после лечения.

Отсутствие ремиссии — случаи, при которых положительная динамика в отношении АСТ и АЛТ отсутствует в ходе 3-месячного лечения.

Рецидив — повторное повышение активности АСТ и АЛТ после наступления ремиссии.

Фиброз и цирроз печени

Шифр К 74

Фиброз печени — избыточное образование соединительной ткани в органе вследствие усиленного ее разрастания или коллапса ретикулиновой стромы.

Цирроз печени — хроническое полиэтиологическое прогрессирующее заболевание, протекающее с избыточным фиброзом, образованием структурно-аномальных регенераторных узлов, с признаками функциональной недостаточности печени и портальной гипертензии.

Частота фиброза печени в настоящее время не уточнена, а цирроза печени составляет 14—30 на 100 000 населения.

Классификация

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), к этим заболеваниям относятся:

- | | |
|---|---------------------|
| 1) фиброз и цирроз печени | <i>шифр К 74;</i> |
| 2) первичный биллиарный цирроз
печени неуточненный | <i>шифр К 74.5;</i> |
| 3) портальная гипертензия
(с осложнениями) | <i>шифр К 76.6;</i> |
| 4) хроническая печеночная
недостаточность | <i>шифр К 72.</i> |

Различают следующие варианты фиброза печени: 1) врожденный; 2) фиброз печени, вызванный химикатами, лекарствами и лучевым повреждением; 3) алкогольный (самый частый); 4) фиброз печени при болезнях накопления (гемохроматоз, болезнь Вильсона, амилоидоз, липидозы); 5) фиброз печени как исход вирусного гепатита и шистосомоза; 6) фиброз печени в результате билиарной обструкции; 7) застойный; 8) гепатопортальный склероз (синдром Банти, тропическая спленомегалия, селезеночная анемия).

Цирроз печени чаще является исходом хронического гепатита. Клиническая классификация учитывает этиологию, а также выраженность портальной гипертензии и печеночной недостаточности.

Этиология

Циррозы печени возникают вследствие интоксикации алкоголем (50 %), вирусного гепатита В, С и D (40 %), болезней желчных путей (внутри- и внепеченочные), застойной сердечной недостаточности, аутоиммунного гепатита, химических и лекарственных интоксикаций, генетических нарушений обмена веществ, окклюзионных процессов в системе воротной вены (флебопортальный цирроз), неясных причин (криптогенный).

Патогенез

Под влиянием алкоголя и аутоиммунных процессов, обусловленных вирусами и алкогольным глиалином, происходит сенсбилизация иммуноцитов к печеночному липопротенну и алкогольному глиалину, вызывающая некроз гепатоцитов. Гипоксия печени также приводит к некрозу. При массивных и мостовидных некрозах от центра дольки до портального поля происходит коллапс дольки с образованием соединительнотканной септы, а в последующем — паренхиматозных узлов.

Вокруг поврежденных гепатоцитов интенсивно образуется соединительная ткань с нарушением кровоснабжения сохранившихся гепатоцитов, развитием портальной гипертензии, спленомегалии и асцита.

Клиническая картина

Отмечаются слабость, боль и тяжесть в верхней половине живота, метеоризм, похудение, астенизация, гепатомегалия с плотной и деформированной поверхностью и заостренным краем печени, спленомегалия, портальная гипертензия. В терминальной стадии наблюдаются усиление печеночно-клеточной недостаточности, присоединение бактериальной инфекции, пищеводно-желудочное кровотечение, печеночная кома.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- группа крови, резус-фактор, сывороточное железо;
- калий и натрий крови;
- вирусные маркеры (HBsAg, HBeAg, антитела к вирусу гепатита В, С, D);
- анализ кала на скрытую кровь.

Двукратно:

- общий билирубин и его фракции;
- общий белок и белковые фракции;
- холестерин и мочевины крови;
- общий анализ крови, ретикулоциты, тромбоциты;
- АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, фибриноген крови;
- общий анализ мочи.

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы;

• эзофагогастродуоденоскопия.

Дополнительные исследования

По показаниям проводятся:

- гистологическое исследование биоптата;
- медь и церулоплазмин крови, медь мочи (24-часовая экскреция при подозрении на болезнь Вильсона);
- антигладкомышечные, антимитохондриальные и антинуклеарные антитела (если исследования на вирусные маркеры отрицательные и предполагается аутоиммунный и первичный билиарный цирроз);
- α -фетопротеин крови (при подозрении на гепатому);
- парацетамол и другие токсические вещества в крови по показаниям;
- коагулограмма, иммуноглобулины крови;
- биохимическое, бактериологическое и цитологическое исследование асцитической жидкости;
- чрескожная или прицельная (лапароскопическая) биопсия печени;
- лапароцентез.

Консультации специалистов: по показаниям — окулиста, хирурга, гинеколога, уролога.

Диагноз

Фиброз печени диагностируется на основании гепатомегалии, наличия плотной печени, неизменных или мало измененных печеночных проб, отсутствия варикозного расширения вен пищевода и желудка и подтверждается результатами пункционной биопсии (повышенное разрастание фиброзной ткани вокруг центральных вен печеночной дольки).

Для диагностики *цирроза печени* учитывают эритему ладонных и пальцевых возвышений, побледнение ногтей (признак низкого уровня сывороточного альбумина), явления ге-

моррагического диатеза, упадок питания и атрофию скелетных мышц, серовато-бледный оттенок кожи или умеренную иктеричность склер, уплотненную печень с острым нижним краем, спленомегалию с тенденцией к лейкоцитопении. Подкрепляют диагноз увеличением содержания γ -глобулинов свыше 30 %, обнаружением варикозного расширения вен пищевода и желудка (имеет первостепенное значение), морфологическим исследованием биоптата (септы, регенераторные узлы, фиброз, инфильтраты).

Первичный билиарный цирроз начинается исподволь с развития холангита, фиброза, а затем цирроза печени. Учитывают мучительный кожный зуд, расчесы, пигментацию, ксантомы, развитие остеопороза (изменения в позвонках, ребрах, костях таза), высокие уровни IgM, ЩФ, холестерина, В-липопротеинов, антител к митохондриям. Возможна ассоциация с синдромом Шегрена, ревматоидным артритом, склеродермией, аутоиммунным тиреоидитом.

Дефицит α_1 -антитрипсина проявляется гепатомегалией и холестатической желтухой, повышением уровня билирубина, активности трансаминаз, ЩФ, снижением содержания α_1 -ингибитора протейна до 10—20 % от нормы и отсутствием пика α_1 -глобулина.

Возможность **болезни Вильсона** имеют в виду при заболевании печени, развившемся без очевидных причин в юношеском возрасте, и наличии болезней печени либо нервной системы у родственников. Выявление роговичных колец Кайзера—Флейшера уточняет диагноз (отсутствие их не исключает диагноз). Диагноз подтверждается пункционной биопсией с гистологическим исследованием ткани, количественным определением меди (норма — 15—60 мкг/г массы сухой ткани, при болезни Вильсона — более 250 мкг/г) и лабораторными тестами: исследованием содержания церулоплазмينا в

сыворотке (норма — 1,3—3,3 мкмоль/л, при болезни Вильсона — 0—1,25 мкмоль/л), концентрации меди в суточной моче (норма — 25—50 мг, при болезни Вильсона — 200—1000 мг и выше).

Гемохроматоз наблюдается преимущественно у мужчин в возрасте 40—60 лет и характеризуется триадой: пигментацией кожи и слизистых оболочек, фиброзом или циррозом печени и сахарным диабетом. Кожа открытых участков бронзового или дымчатого оттенка, наблюдается гепатомегалия и гемосидероз миокарда. Сывороточное железо — 50—70 мкмоль/л; насыщенность железом трансферрина — 90% (норма 30%).

Лечебные мероприятия

Цирроз печени компенсированный (класс А по Чайлду — Пью — 5—6 баллов: билирубин < 35 мкмоль/л, альбумин > 3,5 г%, протромбиновый индекс 60—80, отсутствуют печеночная энцефалопатия и асцит).

1. Базисная терапия и устранение симптомов диспепсии: панцитрат, или креон, или панкреатин, или мезим форте и другие аналоги — 3—4 раза в день перед едой по I дозе, курс — 2—3 нед.

2. Исключение алкоголя и гепатотоксичных лекарств!

Цирроз печени субкомпенсированный (класс В по Чайлду—Пью — 7—9 баллов: билирубин 35—50 мкмоль/л, альбумин 2,8—3,4 г%, протромбиновый индекс 40—59, печеночная энцефалопатия I—II ст., асцит небольшой транзиторный).

1. Диета с ограничением белка (0,5 г/кг) и поваренной соли (менее 2 г/сут).

2. Спиролактон (верошпирон) внутрь по 100 мг в день постоянно. Фуросемид — 40—80 мг в неделю постоянно и по показаниям.

3. Лактулоза (нормазе) — 60 мл (в среднем) в сутки постоянно и по показаниям.

4. Неомицина сульфат или ампициллин по 0,5 г 4 раза в день. Курс — 5 дней каждые 2 мес.

Цирроз печени декомпенсированный (класс С по Чайлду—Пью — более 9 баллов: билирубин > 50 ммоль/л, альбумин 2,7 г% и менее, протромбиновый индекс 39 и менее, печеночная энцефалопатия III—IV ст., большой торпидный асцит).

I. Десятидневный курс интенсивной терапии.

1. Терапевтический лапароцентез с однократным выведением асцитической жидкости и одновременным внутривенным введением 10 г альбумина на 1 л удаленной асцитической жидкости и 150—200 мл полиглюкина.

2. Клизмы с сульфатом магния (15—20 г на 100 мл воды), если имеются запоры или данные о предшествующем пищеводно-желудочно-кишечном кровотечении.

3. Неомицина сульфат по 1 г или ампициллин по 1 г 4 раза в сутки. Курс — 5 дней.

4. Лактулоза внутрь или через назогастральный зонд — 60 мл в сутки. Курс — 10 дней.

5. Внутривенное капельное введение 0,5—1 л в сутки гепастерила-А. Курс — 5—7 инфузий.

II. Курс пролонгированной постоянной терапии.

Базисная терапия с устранением симптомов диспепсии (ферментный препарат перед едой постоянно), спиронолактон (верошпирон) внутрь по 100 мг в день постоянно, фуросемид — 40—80 мг в день; постоянно внутрь лактулоза (нормазе) — 60 мл (в среднем) в сутки, постоянно неомицина сульфат или ампициллин — 0,5 г 4 раза в день. Курс — 5 дней каждые 2 мес.

Базисная терапия, включая диету, режим и лекарственные

средства, предписывается пожизненно, а интенсивная терапия — на период декомпенсации. При осложнениях назначают симптоматическое лечение.

Особенности лекарственного лечения некоторых форм цирроза печени

Цирроз печени, развившийся в исходе аутоиммунного гепатита:

1) преднизолон по 5—10 мг/сут — постоянная поддерживающая доза;

2) азатиоприн (имуран) по 25 мг/сут при отсутствии противопоказаний — гранулоцитопении и тромбоцитопении.

Компенсированный цирроз печени, развившийся и прогрессирующий на фоне хронического активного вирусного гепатита В и С:

α -интерферон (при репликации вируса и высокой активности гепатита), гепатопротекторы.

Первичный билиарный цирроз:

1) урсодеоксихолевая кислота — 750 мг в день постоянно;

2) холестирамин — 4—12 г/сут с учетом выраженности кожного зуда.

Цирроз печени при гемохроматозе (пигментный цирроз печени):

1) дефероксамин (десферал) — 0,5—1 г/сут внутримышечно наряду с кровопусканиями (500 мл еженедельно до гематокритного числа менее 0,5 и общей железосвязывающей способности сыворотки крови менее 50 ммоль/л);

2) инсулин с учетом выраженности сахарного диабета.

Компенсированный цирроз при болезни Вильсона:

пеницилламин (купренил и другие синонимы), средняя доза — 900 мг/сут, постоянный прием (дозу подбирают индивидуально).

*Продолжительность стационарного лечения — до 30 дн.
Требования к результатам лечения*

1. Обеспечить стабильную компенсацию болезни.
2. Предупредить развитие осложнений (кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта, печеночную энцефалопатию, перитонит).

Алкогольное поражение печени

Шифр К 70

При биопсии печени в общетерапевтической клинике алкогольные гепатопатии занимают первое место, опережая инфекционные поражения.

Классификация

При постоянном употреблении токсических доз этилового алкоголя последовательно или одновременно развиваются по меньшей мере 4 фазы алкогольного поражения печени:

- 1) алкогольная жировая дистрофия печени (жирная печень, стеатоз печени) *шифр К 70.0;*
- 2) алкогольный гепатит (острый, хронический) *шифр К 70.1;*
- 3) алкогольный фиброз и склероз печени (исход предшествующей жировой дистрофии и гепатита) *шифр К 70.2;*
- 4) алкогольный цирроз печени *шифр К 70.3.*

Несмотря на разнообразие диагнозов, все они объединены едиными этиологическими и патогенетическими связями с алкогольной интоксикацией. Формирование болезней опре-

деляется продолжительностью анамнеза и токсичностью алкогольного напитка.

Этиология, патогенез, клиническая картина

Алкогольная жирная дистрофия печени (жирная печень, стеатоз печени) — хорошо очерченная морфологически и клинически нозологическая форма заболевания, характеризующаяся накоплением жира в печени. Нормальная печень содержит около 5 % массы жиров. Морфологическим критерием стеатоза печени является содержание триглицеридов в печени свыше 10 % ее влажной массы, которое может достигать до 40—50 %; при этом более чем в 50 % гепатоцитов накапливаются жировые капли, размеры которых достигают размера клеточного ядра или превышают его.

Клинические проявления стеатоза печени ограничиваются умеренным ее увеличением с гладкой поверхностью и закругленным краем. Активность аминотрансфераз в сыворотке крови умеренно повышена (в 1,5—2 раза). Решающее значение в диагностике имеют данные пункционной биопсии.

Алкогольный гепатит может быть острым и хроническим.

Острый алкогольный гепатит обычно развивается у лиц в возрасте 25—45 лет после тяжелого запоя. Может протекать в форме желтушного (самый частый), холестатического, фульминантного (приводит к смерти через 1—2 нед) и латентного вариантов. При обследовании уровень билирубина увеличен от 50 до 370 мкмоль/л, а иногда и до 900 мкмоль/л с преобладанием конъюгированной фракции. Умеренно повышена активность АСТ (не превышает норму в 3—5 раз) при нормальной или слегка увеличенной активности АЛТ, соотношение АСТ/АЛТ всегда больше 1, часто больше 2—4. Характерен значительный подъем активности ГГТП.

Тяжесть поражения печени коррелирует со степенью снижения уровня альбуминов и протромбина. Критерии достоверности диагноза — данные биопсии печени: алкогольный гиалин в центральной зоне печеночной дольки, некрозы гепатоцитов.

Хронический алкогольный гепатит развивается у 25 % лиц, длительно злоупотребляющих алкоголем. На определенном этапе алкогольной гепатопатии может развиваться иммунная реакция замедленной гиперчувствительности, направленная против печеночных клеток, содержащих алкогольный гиалин. При умеренном повышении активности аминотрансфераз наблюдается высокая активность ГГТП (в 3 и более раз выше нормы). В биоптате печени обнаруживают алкогольный гиалин.

Алкогольный фиброз печени характеризуется избыточным отложением соединительной ткани преимущественно вокруг печеночных вен в центре дольки. Он предшествует циррозу печени. Пациенты отмечают общую слабость, длительную боль в верхней половине живота. Печень умеренно увеличена, плотная, край ее заострен. Несколько повышена активность аминотрансфераз и ГГТП. Могут наблюдаться признаки портальной гипертензии. Диагноз подтверждается гистологическим изучением пунктатов печени.

Алкогольный цирроз печени чаще встречается у мужчин. Проявляется анорексией, вздутием живота, болью в правом подреберье и болезненностью печени. Наблюдается выраженная гепатомегалия, кожные телеангиэктазии, гинекомастия, гипертрофия околоушных слюнных желез, атрофия яичек и импотенция, периферическая невропатия, упадок питания, разнообразные диспепсические явления, связанные преимущественно с сопутствующим алкогольным панкреатитом, атрофия скелетной мускулатуры, контрактура Дюпюитрена.

Эзофагогастроскопия и рентгенологическое исследование позволяют обнаружить варикозное расширение вен пищевода, что имеет первостепенное значение для диагноза.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- общий анализ крови и мочи;
- группа крови, резус-фактор, ретикулоциты;
- общий билирубин и фракции, АСТ, АЛТ, ГГТП;
- холестерин крови, амилаза крови;
- мочевиная кислота в крови;
- креатинин, сахар, кальций крови;
- копрограмма.

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости (комплексное);
- эзофагогастродуоденоскопия.

Дополнительные исследования

Однократно:

- чрескожная биопсия печени;
- гистологическое исследование биоптата печени;
- электрокардиография;
- лапароскопия;
- иммуноглобулины крови;
- серологические маркеры вируса гепатита В, С, D.

Консультации специалистов: обязательные — нарколога, невропатолога, инфекциониста.

Диагноз

Стеатоз печени можно предположить по данным анамнеза и при установлении причин метаболических нарушений наряду с пальпаторно определяемой гепатомегалией. Эхографически обнаруживают умеренно или заметно увеличенную

печень, диффузное, гомогенное, умеренное усиление эхоструктуры, закругленный нижний край печени. Решающее значение в диагностике имеют данные пункционной биопсии печени (обнаруживается жировая дистрофия гепатоцитов).

Острый алкогольный гепатит можно предположить на основании клинических данных: внешний облик, поведенческие, неврологические и висцеральные изменения: наличие желтухи, лихорадки, болезненной печени, лейкоцитоза. Критерии достоверности — данные биопсии печени (алкогольный гиалин в центральной зоне печеночной дольки, коагуляционные некрозы гепатоцитов, центрлобулярный фиброз в сочетании со стеатозом).

Хронический алкогольный гепатит устанавливают на основании анамнеза при наличии признаков поражения органа (повышение активности ГГТП). Решающее значение имеют результаты морфологического исследования биоптатов печени — обнаружение телец Маллори (алкогольный гиалин).

Диагноз **фиброза печени** можно предположить при некотором повышении активности аминотрансфераз и ГГТП (в меньшей степени, чем при алкогольном гепатите). Подтверждается гистологическим изучением пунктатов печени.

Цирроз печени проявляется уплотнением органа с острым нижним краем, спленомегалией с тенденцией к лейкоцитропении, гинекомастией, варикозным расширением вен пищевода, что имеет первостепенное значение для диагноза. Морфологическое исследование биоптата печени выявляет псевдодольки, окруженные соединительнотканными септами.

Лечебные мероприятия

1. Воздержание от приема алкоголя!
2. 10-дневный курс интенсивной терапии:

1) внутривенное введение 300 мл 10 % раствора глюкозы с добавлением в него 10—20 мл эссенциале (избегать при признаках холестаза), или 10 мл гептрала (особенно при холестазе), или 10 мл хофитола (при гиперазотемии); 4 мл 5% раствора пиридоксина или пиридоксальфосфата; 4 мл 5% раствора тиамина (или 100—200 мг кокарбоксылазы); 5 мл 20% раствора пирацетама (ноотропила). Курс лечения — 5 дней;

2) внутривенно гемодез — 200 мл (или гемодез-Н, или глюконеодез), 3 вливания на курс;

3) витамин B_{12} (цианокобаламин, оксикобаламин) — 1000 мкг внутримышечно ежедневно в течение 6 дн;

4) панцитрат или креон внутрь (капсулы) либо другой ферментный препарат во время еды;

5) фолиевая кислота — 5 мг/сут и аскорбиновая кислота — 0,5 г/сут внутрь.

3. 2-месячный курс (проводится после окончания курса интенсивной терапии) включает: эссенциале по 2 капсулы 3 раза в день после еды, или хофитол по 1 табл 3 раза в день, или гептрал по 400 мг 2 раза в день; панцитрат или креон по 1 капсуле 3 раза в день во время еды; пикамилон по 2 табл 3 раза в день.

4. На фоне такой терапии проводится симптоматическое лечение, в том числе по поводу возможных осложнений: портальной гипертензии (β -блокаторы, клофелин), асцита (комбинация мочегонных, асцитосорбция с реинфузией), кровотечения (переливание крови и кровезаменителей, гемостатики), энцефалопатии (высокие клизмы, неомидин, лактулоза, l-аргинин, орнитетил) и др.

Продолжительность стационарного лечения: алкогольная дистрофия печени — 5—10 дн, алкогольный острый гепатит — 21—28 дн, алкогольный хронический гепатит с минимальной активностью — 8—10 дн, алкогольный хроничес-



кий гепатит с выраженной активностью — 21—28 дн. алкогольный цирроз печени в зависимости от степени тяжести — 28—56 дн.

Требования к результатам лечения

Обеспечить ремиссию заболевания в условиях воздержания от приема алкоголя. Ремиссия включает устранение активности гепатита с нормализацией лабораторных показателей.

Диспансерное наблюдение

Все больные независимо от диагноза подлежат диспансерному наблюдению в амбулаторно-поликлинических условиях.

Желчнокаменная болезнь

Шифр К 80

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ, холелитиаз) — полиэтиологическое заболевание, характеризующееся образованием камней в желчевыводящих путях: желчном пузыре (холестеринолитиаз), в протоках (холедохолитиаз). Различают холестериновые (90 %) и пигментные камни (10 %).

В среднем ЖКБ страдают около 10 % населения мира, чаще женщины.

Классификация

В этом разделе сгруппированы болезни, этиологически и патогенетически связанные с ЖКБ и ее осложнениями, в том числе с инфицированием желчных путей:

1) желчнокаменная болезнь (холелитиаз) *шифр К 80;*

2) камни желчного пузыря с острым холециститом *шифр К 80.0;*

- 3) камни желчного пузыря без холецистита (холецистолитиаз) *шифр К 80.2;*
- 4) камни желчного протока (холедохолитиаз) с холангитом (непервичный склерозирующий) *шифр К 80.3;*
- 5) камни желчного протока с холециститом (любые варианты холедохо- и холецистолитиаз) *шифр К 80.4.*

Этиология

К внешним факторам риска ЖКБ относят высококалорийную пищу, богатую животными жирами и рафинированными углеводами, которая в последующем способствует развитию ожирения и сахарного диабета. Беременность является одной из причин, способствующих развитию ЖКБ. Из внутренних факторов отмечают определенную связь развития ЖКБ с генетическими дефектами и образованием в печени «литогенной желчи», перенасыщенной холестерином, при одновременном снижении уровня фосфолипидов и желчных кислот.

Патогенез

Желчные камни формируются в результате осаждения нерастворимых компонентов желчи: холестерина, желчных пигментов, солей кальция и некоторых типов белков. Это происходит вследствие сочетанного действия таких факторов, как генетическая предрасположенность, нерациональное питание, нарушение обмена веществ, беременность, стаз желчи, которые приводят к изменению физико-химических свойств желчи, способствующему образованию камней.

Клиническая картина

Разнообразна. Различают латентную, диспепсическую, болевую торпидную и болевую приступообразную формы,

которые в определенном смысле можно рассматривать как стадии развития болезни. Однако такая последовательность проявлений заболевания далеко не обязательна.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- холестерин, амилаза, сахар крови;
- группа крови, резус-фактор;
- бактериологическое исследование дуоденального содержимого;
- копрограмма.

Двукратно:

- общий анализ крови и мочи;
- общий билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП;
- общий белок и белковые фракции;
- С-реактивный белок.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- рентгенография брюшной полости;
- рентгеновское исследование грудной клетки;
- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и селезенки;
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;
- электрокардиография.

Дополнительные исследования

Проводятся в зависимости от предполагаемого диагноза и осложнений.

Диагноз

На вероятность ЖКБ могут указывать женский пол, возраст после 40 лет, частые роды, полнота пациента, большое

количество кристаллов холестерина и крупинок билирубината кальция в дуоденальном содержимом, низкий холато-холестериновый коэффициент. Решающая роль в диагностике принадлежит УЗИ и рентгенологическому методу исследования, которые позволяют выявить камни в желчном пузыре и желчный осадок.

Лечебные мероприятия

Различаются в зависимости от диагностируемого заболевания.

Острый калькулезный холецистит

Варианты антибактериальной терапии (чаще используется один).

1. Лекарственная терапия:

а) ципрофлоксацин (индивидуальный режим), обычно внутрь по 0,5 г 2 раза в сутки (в отдельных случаях разовая доза может составлять 0,75 г, а кратность применения 3—4 раза в сутки). Продолжительность лечения — от 10 дней до 4 нед. Таблетки следует проглатывать целиком, натошак, запивая водой. По показаниям терапия может быть начата с внутривенного введения 200 мг 2 раза в сутки (предпочтительнее капельно);

б) доксициклин внутрь или внутривенно (капельно) в 1-й день лечения 200 мг/сут. в последующие дни — по 100—200 мг/сут в зависимости от тяжести клинического течения заболевания. Кратность приема (или внутривенной инфузии) — 1—2 раза в сутки. Продолжительность лечения — от 10 дней до 4 нед;

в) цефалоспорины, например фортум, или кефзол, или клафоран, внутримышечно по 2 г каждые 12 ч или по 1 г каждые 8 ч. Курс лечения — в среднем 7 дней;

г) септрин внутрь по 960 мг 2 раза в сутки с интервалом

12 ч (или внутривенно капельно) из расчета 20 мг/кг триметоприма и 100 мг/кг сульфаметоксазола в сутки. Кратность введения — 2 раза в сутки. Продолжительность лечения — 2 нед. Раствор для внутривенной инфузии готовят по мере потребности перед введением: на 5—10 мл (1—2 ампулы) септрина используется соответственно 125—250 мл растворителя (5 и 10 % растворы глюкозы или 0,9 % раствор натрия хлорида).

Сроки антибактериальной терапии включают и послеоперационный период.

Выбор антибактериального препарата определяется многими факторами. Важно не применять средства, обладающие гепатотоксическим действием. При гнойном процессе препаратом выбора является меронем (0,5 г внутривенно капельно через 8 ч).

2. Симптоматические средства, так же как и антибактериальные, назначают в предоперационном периоде для полноценной подготовки к операции: домперидон (мотилиум) или цизаприд (координакс) — 10 мг 3—4 раза в день, или дебридат (тримебутин) — 100—200 мг 3—4 раза в день, или метеоспазмил по 1 капсуле 3 раза в день.

Выбор симптоматических лекарственных средств, дозы и схемы их применения определяются многими факторами с учетом индивидуального подхода к их назначению.

При невозможности приема внутрь симптоматическое средство назначают парентерально, например папаверина гидрохлорид или но-шпу по 2 мл 2 % раствора внутримышечно 3—4 раза в сутки. Иногда при выраженном болевом синдроме используют в инъекциях баралгин (5 мл).

При всех вышеперечисленных заболеваниях имеются показания к оперативному лечению (холецистэктомия, папиллосфинктеротомия и др.).

Продолжительность стационарного лечения: в предоперационном периоде — не более 7, в послеоперационном — не более 10 дн, амбулаторное наблюдение в течение года.

Требования к результатам лечения

Обеспечить купирование симптомов болезни в послеоперационном периоде — устранить нарушения желчевыделения и активное воспаление желчных путей (ремиссия). Отсутствие ремиссии рассматривается в других рубриках (шифры К 91.5 и К 83.4).

Острый калькулезный холецистит с холелитиазом, обтурационной желтухой и холангитом

Лекарственное лечение проводится независимо от неотложных лечебных мероприятий в связи с диагностируемым холедохолитиазом.

1. Антибактериальные средства: цефотаксим (клафоран), или цефтазидим (фортум), или цефоперазон (цефобид), или цефпирамид (тамицин), или цефтриаксон по 1—2 г внутримышечно или внутривенно 3 раза в сутки в течение 8—10 дн с переходом на прием внутрь цефуроксима (зинната) по 250 мг 2 раза в сутки до наступления полной ремиссии.

2. Дезинтоксикационные средства: гемодез (внутривенно капельно по 250—400 мл ежедневно в течение 5 дн), альвезин «Новый» (внутривенно капельно по 1—2 л ежедневно в течение 3 дн) и другие мероприятия по показаниям.

Продолжительность стационарного лечения: в предоперационном и послеоперационном периодах — в пределах 3—4 нед, амбулаторное наблюдение при отсутствии осложнений проводят в течение года.

Требования к результатам лечения

Обеспечить ремиссию холангита. Отсутствие ремиссии рассматривается в других рубриках (цифры К 91.5 и К 83.4).

Холецистит

Шифр К 81

Холецистит — воспалительное заболевание, вызывающее поражение стенки желчного пузыря, образование в нем камней и моторно-тонические нарушения желчевыделительной системы.

Холецистит обнаруживают у 20 % женщин и у 10 % мужчин США и Западной Европы.

Классификация

Часто классифицируется, если это возможно, с учетом этиологии (инфекция, паразитарные инвазии).

В соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10) различают:

- | | |
|--|---------------------|
| 1) холецистит (без холелитиаза) | <i>шифр К 81;</i> |
| 2) острый холецистит (эмфизематозный, гангренозный, гнойный, абсцесс, эмпиема, гангрена желчного пузыря) | <i>шифр К 81.0;</i> |
| 3) хронический холецистит | <i>шифр К 81.1.</i> |

Этиология

Наиболее часто холецистит вызывают кишечная палочка, стрептококки, стафилококки, реже — паразитарная инвазия (лямблиоз, аскаридоз и др.), травмы области желчного пузыря, заболевания печени и холедохопанкреатической зоны, инфекционно-аллергические изменения стенок желчных путей. Предрасполагающие факторы: застой желчи (дискинезия желчных путей, беременность, ожирение, недостаток в пище клетчатки), нарушение режима питания, «лечебное» голодание и др.

Патогенез

Дискинезия желчных путей создает основу для немикробного «асептического» воспаления, к которому в последующем присоединяется инфекционный агент, вызывая бактериальное воспаление. Последнее способствует всасыванию холатов из пузырной желчи с нарушением нормального соотношения ингредиентов желчи (холестерина, желчных кислот, липидного комплекса, билирубина), что способствует трансформации бескаменного холецистита в калькулезный.

Клиническая картина

Характеризуется ощущением тупой, ноющей боли или чувством давления в правом подреберье и иррадиацией в правую ключицу, лопатку, плечо. Первоначально боли носят легкий характер, но со временем учащаются и усиливаются. Могут обнаруживаться признаки реактивного гепатита и панкреатита. Примерно у 25 % больных холецистит может протекать в виде атипичных форм (кардиальный, артритический, субфебрильный, неврастенический, дизэнцефальный и аллергический варианты).

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- холестерин, амилаза, сахар крови, группа крови и резус-фактор;
- бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование дуоденального содержимого;
- копрограмма.

Двукратно:

- общий анализ крови и мочи;
- билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП;
- общий белок и его фракции, С-реактивный белок.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы;
- дуоденальное зондирование (энтеральное хроматическое дуоденальное зондирование или другие варианты);
- эзофагогастродуоденоскопия;
- рентгеновское исследование грудной клетки.

Дополнительные исследования

Проводятся в зависимости от предполагаемого диагноза и осложнений.

Консультации специалистов: обязательная — хирурга.

Диагноз

Ставят на основании клинической картины (характерный болевой синдром, болевые точки) и подтверждают лабораторным и параклиническим обследованием. При дуоденальном зондировании в период обострения обнаруживают мутную с хлопьями желчь, значительную примесь слизи, цилиндрического эпителия, перекисей липидов, высокую литогенность желчи. Рентгенохолцистография определяет снижение интенсивности тени пузыря, аномалию его развития, перихолецистит, дискинетические расстройства. Сонография обнаруживает снижение интенсивности тени желчного пузыря, перетяжки, деформации, перегибы пузыря; утолщение стенок более 3—4 мм, неровность контуров, увеличение размеров пузыря при отсутствии эхоотражений от конкрементов в его полости.

Лечебные мероприятия

Проводятся в зависимости от диагностируемого заболевания.

Острый бескаменный холецистит и обострение хронического бактериального холецистита (цифры К 81.0 и К 81.1)

1. Антибактериальная терапия с использованием одного из следующих препаратов:

а) ципрофлоксацин внутрь по 0,5—0,75 г 2 раза в день в течение 10 дн;

б) доксициклин внутрь или внутривенно капельно. В 1-й день назначают 0,2 г/сут, в последующие дни по 0,1—0,2 г/сут в зависимости от тяжести заболевания. Продолжительность приема препарата до 2 нед;

в) эритромицин внутрь: первая доза — 0,4—0,6 г, затем 0,2—0,4 г каждые 6 ч. Курс лечения в зависимости от тяжести инфекции — 7—14 дн. Препарат принимают за 1 ч до еды или через 2—3 ч после еды;

г) септрин (бактрим, бисептол), сульфатон по 480—960 мг 2 раза в сутки. Курс лечения — 10 дн;

д) цефалоспорины для приема внутрь, например цефуросим аксетил (зиннат) по 0,25—0,5 г 2 раза в сутки после еды. Курс лечения — 10—14 дн. В зависимости от клинического эффекта и результатов исследования дуоденального содержимого возможна коррекция лечения.

2. Симптоматическая лекарственная терапия по показаниям:

а) цизаприд (координакс) или домперидон (мотилиум) по 10 мг 3—4 раза в день, или дебридат (тримебутин) по 100—200 мг 3—4 раза в день, или метеоспазмил по 1 капсуле 3 раза в день. Продолжительность курса — не менее 2 нед;

б) хофитол по 2—3 табл 3 раза в день перед едой, или аллохол по 2 табл 3—4 раза в день после еды, или другие препараты, усиливающие желчобразование и желчевыделение. Продолжительность курса — не менее 3—4 нед;

в) креон, или панцитрат, или дигестал, или фестал, или панзинорм, или другой ферментный препарат, принимаемый перед едой по 1—2 дозы в течение 2—3 нед;



г) маалокс, или фосфалюгель, или ремагель, или протаб, или другой антацидный препарат, принимаемый по 1 дозе спустя 1,5—2 ч после еды.

Продолжительность лечения: стационарного — 7—10 дн, амбулаторного — не менее 2 мес.

Требования к результатам лечения

Ремиссия состоит в устранении симптомов заболевания с восстановлением функции желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки.

Постхолецистэктомический синдром

Шифр К 91.5

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) — условное обозначение различных нарушений, рецидивирующих болей и диспепсических проявлений, возникающих у больных после холецистэктомии.

Примерно в 25 % случаев холецистэктомии не приносит облегчения больным.

Спазм сфинктера Одди, дискинезия внепеченочных желчных протоков, желудка и двенадцатиперстной кишки, микробная контаминация, гастродуоденит, длинный пузырный проток после холецистэктомии могут быть причиной некоторых симптомов, входящих в ПХЭС, который следует расшифровывать по результатам обследования.

Спазм сфинктера Одди и общего желчного протока не связан с техническими погрешностями операции, а развивается в связи с выпадением функции регуляции давления со стороны желчного пузыря на общий желчный проток и сфинктер Одди, которое и приводит к депонированию желчи. Примерно у 50 % оперированных преобладает гипертонус сфинк-

тера Одди и двенадцатиперстной кишки. У пациентов наблюдается плохая переносимость жиров.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- общий анализ крови и мочи;
- АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП крови;
- исследование порций А и С дуоденального содержимого, включая бактериологическое;
- копрограмма, кал на дисбактериоз и гельминты.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки;
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;
- УЗИ органов брюшной полости;
- ректосигмоскопия.

Консультации специалистов: обязательные — хирурга, колопроктолога.

Диагноз

В диагностике спазма общего желчного протока имеют значение повторная внутривенная холангиография и многомоментное дуоденальное зондирование с применением фармакологических проб.

Для определения обструкционного синдрома учитывают указания на перенесенную желтуху, даже скрытую, а также расширенный общий желчный проток при рентгенологическом обследовании больного. При ультразвуковом исследовании конкременты общего желчного протока имеют вид ок-

руглых эхопозитивных образований, расположенных в его просвете.

Стеноз большого дуоденального сосочка при дуоденоскопии имеет точечное выходное отверстие с рубцово-измененной слизистой оболочкой и скудным поступлением желчи. При рентгенологическом исследовании печеночный проток в течение длительного времени остается широким.

Избыточную культю пузырного протока удается обнаружить при внутривенной холангиографии.

Билиарный панкреатит подтверждается определением активности амилазы в крови и диастазы в моче. Помогают в диагностике эхография и компьютерная томография, которые выявляют увеличение поджелудочной железы.

Лечебные мероприятия

1. Диетотерапия, дифференцируемая в зависимости от сроков послеоперационного периода, клинических проявлений ПХЭС, массы тела, литогенности желчи, назначается пожизненно.

2. Лекарственная терапия:

цизаприд (коорлинакс), или домперидон (мотилиум), или лебридат, или метоклопрамид (церукал) по 1 табл 3—4 раза в день в течение 2 нед +

эритромицин по 0,25 г 4 раза в день в течение 7 дн +

маалокс, или дайджин, или ремагель, или гастерин гель, или фосфалюгель по 15 мл 4 раза в день через 1,5—2 ч после еды в течение 4 нед.

При наличии показаний антибактериальная терапия может быть продолжена и усилена. Возможно применение ферментных препаратов (панцитрата, креона, фестала, дигестала и др.).

Продолжительность стационарного лечения — 10 дн.

Требования к результатам лечения

Исчезновение болевого и диспепсического синдромов, отсутствие изменений лабораторных показателей (ремиссия), уменьшение клинических проявлений болезни, восстановление трудоспособности.

Диспансеризация

Больные подлежат диспансеризации в зависимости от диагностированного заболевания на фоне ПХЭС.

Хронический панкреатит

Шифр К 86

Хронический панкреатит (ХП) — прогрессирующее воспаление поджелудочной железы продолжительностью более 6 мес, характеризующееся фокальными некрозами в сочетании с фиброзом, постепенным замещением паренхимы органа соединительной тканью и развитием недостаточности экзо- и эндокринной функции железы.

ХП наблюдается у 0,2—0,6 % людей.

Классификация

Различают:

1) хронический панкреатит
алкогольной этиологии

шифр К 86.0;

2) другие хронические панкреатиты (хронический
панкреатит неуточненной этиологии, инфекционный
рецидивирующий)

шифр К 86.1.

Этиология

ХП подразделяют на обструктивный, кальцифицирующий и паренхиматозный. Причинами обструктивного панкреатита-

та могут быть желчнокаменная болезнь и холецистит, травматические повреждения, аномалии развития общего желчного протока и поджелудочной железы, ПХЭС, рубцовые изменения в биллиарной системе, дуоденостаз, вторая половина беременности. Развитию кальцифицирующего панкреатита способствуют алкоголь в сочетании с преобладанием в рационе мяса и жиров, наследственная предрасположенность (дефицит α_1 -антитрипсина), лекарственные поражения (эстрогены, стероиды), эндокринные заболевания, недостаточность белка в питании, интоксикация свинцом, ртутью и фосфором. Паренхиматозный панкреатит вызывают вирусы гепатита В, Коксаки, паротита, моноклеоза.

Патогенез

В патоморфологической основе ХП лежит сочетание деструкции ацинарного аппарата с прогрессирующим воспалительным процессом, приводящим к атрофии, фиброзу (широкому) и нарушениям в протоковой системе поджелудочной железы, преимущественно за счет развития микро- и макролитиаза.

Клиническая картина

Характерные симптомы ХП: боли в эпигастриальной области и левом подреберье, которые иррадируют в спину и усиливаются после еды, диспепсические явления и значительная и быстрая потеря массы тела. Хронический обструктивный панкреатит развивается в результате обструкции главного протока поджелудочной железы и проявляется постоянным болевым синдромом. Хронический кальцифицирующий панкреатит характеризуется неравномерным лобулярным поражением. В протоках обнаруживают белковые преципитаты или кальцификаты. Отличается рецидивирующим течением с обострениями, напоминающими острый панкреатит. При парен-

химатозном панкреатите развиваются очаги воспаления и участки фиброза, которые замещают паренхиму. Протекает с медленно прогрессирующими признаками экзокринной и эндокринной недостаточности.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования

Однократно:

- общий анализ крови и мочи;
- общий билирубин и фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, сахар крови, кальций крови, общий белок и фракции;
- амилаза и липаза крови;
- диастаза мочи;
- копрограмма.

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- обзорный рентгеновский снимок брюшной полости;
- УЗИ органов брюшной полости (комплексно);
- эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография.

Двукратно:

- УЗИ поджелудочной железы.

Дополнительные исследования

Проводятся по показаниям.

Однократно:

- лапароскопия с прицельной биопсией поджелудочной железы;
- компьютерная томография поджелудочной железы;
- сахар крови после приема глюкозы (сахарная кривая);
- коагулограмма.

Консультации специалистов: обязательные — хирурга, эндокринолога.

Диагноз

При постановке диагноза учитывают боль опоясывающего характера в подложечной области и левом подреберье, связанную с погрешностью в диете, обильную рвоту, не облегчающую состояния, потерю массы тела, неустойчивый мацеобразный стул, повышение активности амилазы в крови и диастазы в моче, превышающее верхнюю границу в 2—4 раза, липаземию на 3—4-й день обострения; УЗИ — изменения структуры железы, наличие псевдокист, кальцификатов; КТ — кальцификаты, камни, фиброз, псевдокисты, расширенные и деформированные протоки.

Лечебные мероприятия

1. В первые 3 дня при выраженном обострении — голод и по показаниям парентеральное питание.

2. При дуоденостазе — непрерывная аспирация кислого желудочного содержимого с помощью тонкого зонда, внутривенно через каждые 8 ч ранитидин (150 мг) или фамотидин (20 мг); внутрь — буферные антациды (маалокс, ремгель, фосфалюгель, гастерин гель и др.) через каждые 2—3 ч; внутривенно — полиглюкин (400 мл в сутки), гемодез (300 мл в сутки), 10 % раствор альбумина (100 мл в сутки), 5 и 10 % раствор глюкозы (500 мл в сутки).

3. При некупирующемся болевом синдроме — парентерально 2 мл 50 % раствора анальгина с 2 мл 2 % раствора папаверина, или 5 мл баралгина, или синтетический аналог соматостатина — сандостатин (50—100 мкг 2 раза в день подкожно), или внутривенно капельно лидокаин (400 мг препарата в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия).

4. После купирования выраженного болевого синдрома обычно с 4-го дня от начала лечения:

а) дробное питание с ограничением животного жира:

б) перед каждым приемом пищи ферментный препарат — панцитрат или креон по 1—2 капсулы;

в) постепенная отмена анальгетиков, инфузионной терапии и парентерального введения препаратов, некоторые из них назначают внутрь: ранитидин по 150 мг или фамотидин (квamatел) по 20 мг 2 раза в день, домперидон или цизаприд по 10 мг 4 раза в день за 15 мин до еды, или дебридат по 100—200 мг 3 раза в день за 15 мин до еды.

Продолжительность стационарного лечения: при отсутствии осложнений — 28—30 дн.

Требования к результатам лечения

Возможно наступление полной клинической ремиссии или ремиссии с дефектом (наличие псевдокист, не полностью устраненной панкреатической стеатореи с некомпенсированным дуоденостазом).

Диспансерное наблюдение

Больные ХП подлежат диспансерному наблюдению (повторный осмотр и обследование в амбулаторно-поликлинических условиях 2 раза в год).

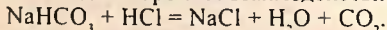
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Антациды

К антацидам относят ряд соединений, которые прямо взаимодействуют в желудке с соляной кислотой, инактивируя ее. Помимо противокислотного действия антациды уменьшают пептическую активность желудочного сока путем создания высокого рН внутрижелудочного содержимого с необратимой инактивацией пепсина. Некоторые из них (например, алюминий гидроксид) активно адсорбируют желчные кислоты. Выделяют всасывающиеся и невсасывающиеся антациды.

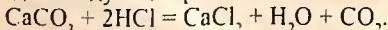
Антациды всасывающиеся

Натрия гидрокарбонат (сода). В желудке вызывает необратимое одностороннее взаимодействие с соляной кислотой:



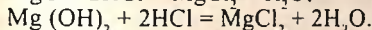
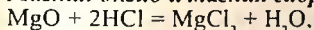
Препарат мгновенно нейтрализует кислоту (недаром соду называют нитроглицерином при изжоге) с повышением рН до 7 и более в течение 15—20 мин и увеличением щелочного резерва плазмы. При длительном его применении в организме накапливается натрий, что сопровождается повышением артериального давления и появлением отеков. Назначают по 1 г через 1—3 ч после еды.

Кальция карбонат осажденный (мел). В желудке происходит следующая реакция:



Препарат реагирует с кислотой довольно медленно. Провоцирует вторичную секрецию кислоты, что обусловлено стимулирующим влиянием кальция на продукцию гастрина G-клетками слизистой оболочки желудка. Длительный прием кальция карбоната может сопровождаться развитием нефрокальциноза и запоров. Назначают в дозе 0,5—1 г через 1—3 ч после еды.

Магния оксид и магния гидроксид. Реакция в желудке:



Образовавшийся магния хлорид слабо всасывается в кишечнике и оказывает послабляющее действие. Назначают в дозе 0,5—1 г через 1—3 ч после еды.

Ренни — 1 табл содержит 680 мг кальция карбоната и 80 мг магния карбоната. Действие антацидное, нейтрализует кислоту в желудке. Показания: изжога, чувство переполнения или тяжести в надчревной области, метеоризм; эпизодические боли в желудке. Противопоказания: нарушения функции почек, гиперкальциемия, миастения. Применяют внутрь: 1—2 табл разжевать или держать во рту до полного рассасывания. При необходимости прием повторяют каждые 2 ч.

Смесь Бурже (натрия бикарбонат — 8 г, натрия фосфат — 4 г и натрия сульфат — 2 г на 0,5 л воды), пить глотками в течение дня.

Антациды невсасывающиеся

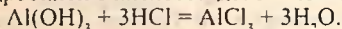
Обладают умеренными нейтрализующими, хорошими обволакивающими, а также адсорбирующими свойствами, образуя с соляной кислотой буферные соединения.

Викалин содержит висмута нитрата основного 0,35 г, натрия гидрокарбоната 0,2 г, магния карбоната основного 0,4 г, порошка корневика анра и коры крушины по 0,025 г, рутин

и келлина по 0,005 г. Назначают по 1—2 табл 3—6 раз в день через 1—2 ч после еды.

Викаир (ротоп) имеет тот же состав, что и викалин, но без рутина и келлина. Применяют в тех же дозах, что и викалин.

Алюминия гидроксид. Химическая реакция алюминия гидроокиси с кислотой довольно сложна:



Постепенная дезагрегация этого комплекса лежит в основе замедленной реакции взаимодействия алюминия гидроокиси и кислоты, поэтому рН желудочного сока медленно возрастает до уровня 3,5—4,5. Алюминия гидроокись адсорбирует и желчные соли (20—75 %). При длительном применении алюминий всасывается (около 5 %) в желудочно-кишечном тракте с кумуляцией в плазме крови и в тканях (кости, мышцы, мозг). Появляются боли в костях, мышцах, развивается энцефалопатия, напоминающая болезнь Альцгеймера. Может развиваться кальциевый нефролитиаз, остеомаляция, остеопороз. Назначают 4 % суспензию по 1—2 ч ложки 4—6 раз в день.

Алмагель содержит специальным образом приготовленный гель алюминия гидроксида с добавленным к нему магния оксида и сорбита, которые оказывают послабляющее и желчегонное действие. Гель способствует лучшему распределению препарата по поверхности слизистой оболочки и удлинению эффекта. Применяют по 1—2 чайные ложки 4—6 раз в день за 30 мин до еды и перед сном.

Алмагель А содержит на каждые 5 мг геля 0,1 г анестезина. Его применяют при болезненности в эпигастрии, тошноте, рвоте. Дозы такие же, как и алмагеля.

Фосфалюгель — препарат, в состав которого входят алюминия фосфат в виде гидрофильных коллоидных мицелл, гель

пектина и агар-агара. Благодаря буферному действию алюминия фосфата способствует снижению повышенной кислотности до нормы и не вызывает «кислотного рикошета». Абсорбционные свойства мицелл позволяют связывать бактерии, вирусы, экзогенные и эндогенные токсические вещества, а также газы. Препарат не вызывает запоров, изменения кислотно-основного состояния и не нарушает всасывания фосфатов. Гель пектина и агар-агара способствует образованию мукоидного, антипептического защитного слоя в желудочно-кишечном тракте. Принимают по 1 пакетику 4 раза в день через час после еды и перед сном.

Маалокс представляет собой хорошо сбалансированную комбинацию гидроокиси алюминия и магния, что обеспечивает высокую нейтрализующую способность и протективный эффект. Стимулирует слизиобразование и синтез простагландинов E_2 . Применяется как абсорбирующее, обволакивающее и антацидное средство. Маалокс-70 отличается повышенным содержанием активных ингредиентов, что увеличивает кислотно-нейтрализующую активность. Выпускается в таблетках (400 мг — гидроокиси алюминия, 400 мг — гидроокиси магния), в пакетиках по 15 мл суспензии (523 мг — гидроокиси алюминия, 598 мг — гидроокиси магния) и флаконах по 250 мг суспензии. Принимают по 1—2 таблетки, 1 пакетик, по 2 чайные ложки 4 раза в день через час после еды и перед сном.

Альфогель в 1 пакетике (16 г) содержит гель алюминия фосфата (55 %), пектина и агар-агара. Действие противоязвенное, антацидное, адсорбирующее, обволакивающее. Нейтрализует соляную кислоту и понижает активность пепсина. Показания: пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, гастрит, желудочная диспепсия, цирроз, гастроэзофагеальный рефлюкс, колопатии, энтерит.

сигмоидит, дивертикулит; поносы у лиц после гастроэктоми; отравления. Противопоказания: хроническая почечная недостаточность. Побочные действия: запор. Принимают внутрь 1—2 пакетика через 1—2 ч после еды и перед сном.

Дайдэксин — 1 табл содержит алюминия гидроксида 300 мг, магния-алюминия салицилата гидрата 50 мг, магния гидроксида 25 мг и полидиметилсилоксана 25 мг. Может быть в виде геля. Действие: антацидное, нейтрализует соляную кислоту, защищает слизистую оболочку желудка от раздражения. Показания: повышенная кислотность желудочного сока. Принимают внутрь через 1—2 ч после приема пищи и перед сном по 2 табл или 2 чайные ложки.

Тисацид — 1 табл содержит гидроталцита (алюминия-магния гидрокарбоната) 500 мг. Действие: противоязвенное, антацидное; нейтрализует соляную кислоту желудка; действует быстро и длительно. Показания: пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, повышенная кислотность. Применяют внутрь через 1—2 ч после еды по 1—2 табл 3 раза в день.

Анацид — 5 мг суспензии в пакетике для приема внутрь содержат алюминия гидроксида 250 мг и магния гидроксида 250 мг. Действие: антацидное, адсорбирующее, обволакивающее; нейтрализует соляную кислоту, уменьшает пептическую активность желудочного сока, образует защитную пленку на слизистой оболочке. Показания: гастродуоденальные язвы, эрозии, гастрит, рефлюкс-эзофагит, дуоденит, дискомфорт в эпигастрии. Побочные действия: гипофосфатемия, гиперкальциурия, остеомалация, гипермагниемия, гипотензия. Применяют внутрь между приемами пищи по 1 пакетик 4—6 раз в сутки.

Гастал — 1 табл содержит геля алюминия гидроксида, магния карбоната по 450 мг и магния гидроксида 300 мг. Дей-

стве: антацидное, обволакивающее. Снижает кислотность желудочного сока, устраняет изжогу и боли в эпигастрии, не вызывает системного алкалоза и запоров. Показания: гастродуоденальные язвы, гастрит с повышенной и нормальной секрецией, дуоденит, рефлюкс-эзофагит. Противопоказания: гиперчувствительность к солям магния и алюминия, почечная недостаточность. Принимают внутрь по 1—2 табл 4—6 раз в день через 1 ч после еды и перед сном; таблетки медленно сосать (не глотать целиком!).

Гелусил — 1 табл содержит сималдрата (алюмомагния силиката гидрата) 500 мг и обезжиренного порошкового молока 300 мг; выпускается в таблетках и в пакетиках. Действие: антацидное, адсорбирующее; нейтрализует соляную кислоту; сорбирует токсические вещества. Показания: гастрит, дуоденит, гастродуоденальные язвы. Противопоказания: гиперчувствительность, почечная недостаточность. Применяют внутрь через 1—2 ч после еды по 1 табл или 1 пакетик 3—6 раз в день.

Гастерин (алюминия фосфат) — 1 пакетик с 16 г геля для приема внутрь содержит алюминия фосфата коллоидного 1,2 г, а также пектина 0,32 г. Действие: антацидное, адсорбирующее. Нейтрализует повышенную кислотность желудочного сока. В связи с большой контактной поверхностью обладает высокой абсорбционной способностью. Показания: язва желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, диспепсия, изжога, нарушения пищеварения лекарственного происхождения. Противопоказания не установлены. Побочные действия не выявлены. Назначают внутрь по 1—2 пакетика 6—8 раз в сутки.

Ремагель (ремагель А) — суспензия для приема внутрь; обладает действием, сходным с действием других алюмосодержащих препаратов.

Противосекреторные средства

Секреция соляной кислоты в желудке находится под контролем трех основных агонистов: гистамина, ацетилхолина и гастрина. Общим конечным направлением их влияния является действие через «протонный насос», H^+/K^+ -АТФазу. Разработаны ингибиторы активности гистамина, ацетилхолина и «протонного насоса».

Антагонисты H_2 -гистаминорецепторов

Со времени внедрения в середине 1970 г. в практику лечения антагонисты H_2 -гистаминорецепторов приобрели широкое признание. Выделяют пять поколений антагонистов H_2 -рецепторов:

I поколение — ниметидин (гистидил, тагамет, беломет),

II поколение — ранитидин (ранисан, гистак, зантак, ранитабом, пилорид, гертокалм),

III поколение — фамотидин (квamatел, гастер, ульфамид, гастросидин),

IV поколение — низатидин (аксид, низакс),

V поколение — роксатидин (алтат).

Эти средства способны на 65 % угнетать базальную, стимулированную пищей и ночную секрецию соляной кислоты желудком после однократной дозы. Многие исследования продемонстрировали их эффективность в ускорении заживления дуоденальных и желудочных язв и предупреждении их рецидива. Очевидно также, что препараты II—V поколений при этих заболеваниях равно эффективны. Кроме того, они применяются при синдроме Золлингера—Эллисона и гиперсекреторных состояниях, наблюдаемых при системном мастоцитозе.

Наиболее важным условием заживления дуоденальных язв

является подавление ночной секреции кислоты. Ранее рекомендовали назначать эти средства по меньшей мере 2 раза в день, но оказалось, что прием однократной дозы на ночь может быть столь же эффективным и способствовать лучшему соблюдению режима приема. При активной язве *ранитидин* и *низатидин* дают в дозах 150 мг 2 раза в день или 300 мг на ночь: *фамотидин (квamatел)* — 20 мг 2 раза в день или 40 мг на ночь на протяжении 6—8 нед. За 4—6 нед гастродуоденальные язвы заживают более чем у 90 % больных. Для предупреждения рецидивов назначают ежедневно на ночь половину высших вечерних доз на протяжении до года. Так, прием 20 мг кваматела перед сном снизил частоту рецидивов язвенной болезни в течение года с 70 до 5 %.

Антагонисты H_2 -рецепторов обычно хорошо переносятся, побочных эффектов описано немного. Все они относятся к циметидину. Терапия циметидином, длительная и в высоких дозах, может вызвать обратимую гинекомастию, спутанность сознания у пожилых пациентов. Однако такие изменения крайне редко наблюдаются при приеме ранитидина и фамотидина. Эти препараты не рекомендуют применять при беременности и грудном вскармливании.

Ингибиторы «протонного насоса»

«Протонный насос» — это ферментный белок, находящийся на апикальной мембране секреторных канальцев обкладочных клеток. Каталитическая субъединица «насоса» — H^+/K^+ -АТФаза, реализующая конечный этап гидрофильной секреции соляной кислоты. Ингибиторы «протонного насоса» необратимо угнетают H^+/K^+ -АТФазу. Сами препараты фармакологически неактивны, а являются своего рода «пролекарствами», приобретающими свои фармакодинамические свойства в области обкладочных клеток, где они образуют тетрацикли-

ческую активную форму — сульфенамид, который реагирует с сульфгидрильными группами участка Н'/К'-АТФазы. Однократная суточная доза способна ингибировать кислотную секрецию желудка по существу на 95 %. Необходимо отметить, что омепразол, пантопразол и лансопразол нарушают активность Н'/К'-АТФазы и у *Helicobacter pylori*, чем обусловлен их бактериостатический эффект. При использовании препаратов этой группы повышается концентрация гастрина в крови, поэтому при резкой отмене, без прикрытия антацидов может возникнуть синдром «рикошета».

Ингибиторы «протонного насоса» вводят внутривенно или назначают внутрь. Они кислотонеустойчивы, поэтому при приеме внутрь суспензию вещества дают вместе с натрия гидрокарбонатом или другими антацидами. Гранулы, растворяющиеся в кишечнике, защищены от кислого содержимого желудка желатиновыми капсулами, которые нельзя разламывать или разжевывать. Всасывание происходит в двенадцатиперстной кишке, биодоступность составляет 50 % — для суспензии и 35 % — для капсул. Препараты подвергаются пресистемной биотрансформации в печени. При понижении потенциала печеночного метаболизма с возрастом или при печеночной недостаточности биодоступность препаратов возрастает до 79 и 98 % соответственно. В крови максимальная концентрация возникает через 1—2 ч после приема. Препараты захватываются и накапливаются в кислой среде секреторного канальца обкладочных клеток, где и оказывают свое фармакологическое действие. Эффект сохраняется долго, более 24 ч (иногда до 3—4 дн). Кратность назначения — 1 раз в сутки.

Омепразол (лосек) в дозе 40 мг/сут, *лансопразол (ланзак)* в дозе 60 мг/сут, *пантопразол (контролок)* в дозе 80 мг/сут (он химически более устойчив, чем омепразол и лан-

сопразол) вызывают заживление язв за 14—21 дн. В настоящее время появились еще *рабепразол*, *пумипразол*. Ингибиторы «протонного насоса» служат средствами выбора при резистентных к другим лекарствам язвах, синдроме Золлингера—Эллисона, множественных эндокринных неоплазиях и системном мастоцитозе. При длительном приеме иногда наблюдают тошноту, головную боль, головокружение, боли в спине. Существует опасность возникновения гиперплазии энтерохромаффинноподобных клеток с образованием микроузлов (карциноидов) в подслизистом слое. Возможно, гиперплазия обуславливается гипергастринемией или сдвигом бактериальной среды, увеличением содержания нитрата и азотнитрозамина. Поэтому профилактика дуоденальных язв и рефлюкс-эзофагита пока не является утвердившимся показанием для приема этих препаратов.

Антихолинергические средства

Антихолинергические средства (холинолитики) делят на селективные (пирензепин, оксифенциклимин, пирамин, телензепин) и неселективные (атропин, метацин, платифиллин, хлорозил, пробантин, экстракт белладонны).

Пирензепин (гастроцепин) представляет собой вещество, близкое по структуре к трициклическим соединениям и обладающее избирательным подавляющим действием на M_1 -рецепторы париетальных клеток желудка. Он эффективно угнетает секрецию соляной кислоты, не влияя на продукцию бикарбонатов в желудке, в дозах, которые не вызывают существенного блокирующего действия на M -холинорецепторы слюнных желез, гладких мышц, кишечника и мочевого пузыря. Его можно применять у больных с глаукомой, аденомой простаты. Принимают по 1—2 табл утром и вечером.

Телензепин сильнее пирензепина блокирует M_1 -рецепто-

ры слизистой оболочки желудка. В результате этого происходит значительное подавление кислотной продукции и пепсина, быстрое уменьшение или ликвидация болей и диспепсических явлений. Его вводят внутривенно на протяжении 15—20 дн.

Неселективные блокаторы М-холинорецепторов устраняют вагусные холинергические влияния на базальную и ночную секрецию. Однако они заметно изменяют моторную функцию желудочно-кишечного тракта, что приводит к стазу пищи. Параллельно с желательным терапевтическим эффектом обычно появляются сопутствующие нежелательные реакции (сухость во рту, преходящее ухудшение зрения, затрудненное мочеиспускание, тахикардия, усиление запоров, головная боль, бессонница, расслабление нижнего сфинктера пищевода). Поэтому неселективные препараты используются редко.

Противохеликобактерные средства

Helicobacter pylori (HP) — грамотрицательный микроорганизм, имеющий спиралевидную форму и 4—7 жгутиков, продуцирующий муциназу, уреазу, каталазу, липазу (фосфолипазу). Попав в желудок, микроб с помощью вышеназванных ферментов проникает в межэпителиальные промежутки — места выхода мочевины и гемина, прилипает к измененным по другим причинам клеткам эпителия и функционирует на них, интенсивно размножаясь. Благодаря своим ферментам HP уменьшает продукцию слизи и изменяет ее качество, концентрирует вокруг себя нейтрофилы, из которых высвобождаются лейкотриены C_4 и D_4 , вызывающие сосудистый спазм. На этом фоне любой неспецифический завершающий

удар — стресс, прием лекарства — приводит к развитию эрозии или даже язвы (концепция «протекающей крыши»).

Согласно Маастрихтским рекомендациям (1996), показания к назначению антихеликобактерной терапии подразделяют на 3 группы.

1. Антихеликобактерная терапия строго обязательна при: гастродуоденальных язвах в случае выявления инфекции в период как обострения, так и ремиссии; больным MALT-омой желудка (разрастание лимфоидной ткани слизистой оболочки желудка при инфицировании НР); пациентам с хроническим атрофическим гастритом; больным раком желудка в ранние сроки после резекции.

2. Антихеликобактерная терапия рекомендуется при: язвенной диспепсии; раке желудка у ближайших родственников; при терапии нестероидными противовоспалительными препаратами; при рефлюкс-эзофагите, по поводу которого длительно принимались антисекреторные препараты; после оперативного лечения по поводу осложнений пептических язв.

3. Антихеликобактерная терапия желательна при: бессимптомном течении хронического гастрита и пептической язвы, особенно у детей; наличии сопутствующих негастроэнтерологических заболеваний (ИБС, патология легких, эндокринной системы и др.).

На НР оказывают действие антибиотики, противопаразитарные средства, препараты висмута и ингибиторы желудочной секреции.

Антибиотики

Антибиотики нарушают образование микробной стенки во время митоза, так как являются конкурентными ингибиторами транспептидаз, ферментов, катализирующих образование межпептидных мостиков клеточной стенки. Кроме того,

они могут нарушать синтез адгезинов — белков, покрывающих микроб, как волоски, и обеспечивающих его связывание с клетками макроорганизма. Только таким образом фиксированная микробная клетка способна к размножению. Фармакологический эффект — бактерицидный.

Доказана наибольшая чувствительность НР к следующим антибиотикам:

1) *амоксициллин* (*ампициллин*); *группа аминоциллинов*) — применяется в дозе 0,5—1 г соответственно 2—3 г в день;

2) макролидам II и III поколений: *кларитромицину* (*кларциду*) и *дэзозамицину* (*вильпрафену*) — применяются в дозе 0,25 г 2 раза в день; *азитромицину* (*сумамеду*) — 1 таблетка в день;

3) *тетрациклин* — принимается в дозе 0,25 г 4 раза в день.

Сочетание антибиотиков с противопаразитарными препаратами (метронидазолом, тинидазолом, орнидазолом; 0,5 г 2 раза в день) усиливает антибактериальный эффект.

Препараты висмута

Все соли висмута имеют одинаковую по отношению к НР антибактериальную эффективность, однако дозировки их различны. Они обладают бактерицидными свойствами: разрушают бактериальную стенку, ингибируют ферменты НР — уреазу, каталазу и липазу (фосфолипазу), предотвращают адгезию НР к эпителиальным клеткам желудка. Из препаратов висмута наиболее часто применяются *субцитрат висмута* (*де-нол*), *субсалицилат висмута*, *субгаллат висмута* (дозы 0,12—0,2 г 4 раза в день) и *субнитрат висмута* (таблетки «Викалин», «Викаир»; доза 0,7 г 4 раза в день). Соли висмута не растворимы в воде и спирте, легко растворимы в соляной

кислоте. Не всасываются в желудочно-кишечном тракте и окрашивают стул в черный цвет. Препараты висмута снижают развитие резистентности НР к антибиотикам и метронидазолу, не дают побочных эффектов. Они входят в состав современной схемы висмут-тройной терапии НР-инфекции.

Нитроимидазолы

Основные представители данной группы: метронидазол (трихопол, флагил, метрогил, клион), тинидазол (фасижин), орнидазол. Нитроимидазолы, попав внутрь микроорганизма, под влиянием его редуктаз превращаются в высокотоксичные метаболиты, разрушающие нуклеиновые кислоты. Фармакологический эффект — бактерицидный. Спектр действия: 1) простейшие (трихомонады, лямблии, кишечные амебы, лейшмании); 2) анаэробные микроорганизмы (разные штаммы бактероидов и клостридий, грамположительные анаэробные кокки, фузобактерии); 3) пилорический хеликобактер — возбудитель пептической язвы желудка; 4) грамотрицательные энтеробактерии (эшерихии и др.). Время сохранения терапевтической концентрации в крови — 8—12 ч (для тинидазола — 12—24 ч), поэтому кратность назначения может быть 2—4 раза в сутки.

Нитроимидазолы подвергаются биотрансформации в печени с образованием гидроксированных метаболитов, которые обладают такой же противомикробной активностью, как и сами препараты. Нитроимидазолы — малотоксичные препараты. Однако их применение все же может сопровождаться: диспепсическими расстройствами (тошнотой, рвотой, анорексией, появлением металлического или горького вкуса во рту), аллергическими реакциями (кожными сыпями, зудом), полиурией (могут частично блокировать ангиотензин-II-рецепторы), окрашиванием мочи в красно-коричневый цвет.

Противопоказания: беременность, кормление грудью. Принимают внутрь по 0,5 г 2 раза в день.

Ингибиторы желудочной секреции

В настоящее время оптимальной считается схема тройной терапии НР-инфекции с участием ингибиторов желудочной секреции.

Применение любых ингибиторов желудочной секреции, и особенно ингибиторов «протонного насоса» (омепразола, пантопразола, лансопразола), в силу особенностей адаптации НР к определенной величине рН приводит к значительной их гибели в антральном отделе и перераспределению оставшихся по слизистой оболочке в тело желудка. Механизм такого влияния связан с мощным угнетением желудочной секреции. Синтез АТФ самой НР осуществляется благодаря наличию электрохимического градиента ионов водорода (оптимально рН 3). Уреза НР, разлагая мочевины с выделением ионов аммония, приводит к опсцелачиванию микроокружения бактерии, предохраняющему ее от действия избытка соляной кислоты желудочного сока; в этих условиях синтез АТФ в бактерии продолжается. Но применение ингибиторов «протонного насоса» приводит к повышению рН до уровня, не совместимого с жизнедеятельностью микроорганизма; они также подавляют работу H^+/K^+ -АТФазы и у самой бактерии, чем обусловлен бактериостатический эффект. Кроме того, блокаторы H^+/K^+ -АТФазы заметно снижают протеолитическую активность содержимого желудка и удлиняют период полужизни антител к НР и их концентрацию, чем стимулируют защитные механизмы макроорганизма в отношении бактерии. Функциональная активность нейтрофилов и многих антибиотиков повышается при сдвиге значений рН из кислой среды в щелочную. Таким образом, антихеликобактерный эффект — это

свойство ингибиторов «протонного насоса» как класса лекарственных препаратов.

Уничтожение инфекции НР радикально меняет течение пептической язвы. После обычного лечения при язве двенадцатиперстной кишки обострение заболевания наступает более чем у половины пациентов в течение одного года наблюдения. При успешной эрадикации НР рецидивы отмечаются лишь у 5 % больных. Риск возникновения осложненной дуоденальной язвы в течение 1—4 лет после успешной эрадикации НР специалисты оценивают как нулевой. Результатом эрадикации бактерии является исчезновение воспалительного инфильтрата в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, т. е. регрессия гастродуоденита. Гастродуоденальная слизистая оболочка, не затронутая хроническим воспалением, способна успешно выдерживать воздействие кислотно-пептической агрессии, несмотря на сохранение прочих факторов риска: мужской пол, группа крови 0(I), несекреторный статус (неспособность выделять со слюной групповые агглютиногены крови системы АВН), стресс.

Гастропротективные средства

Гастропротекция состоит в предотвращении язвообразования путем снижения секреции кислоты и повышения местного защитного противостояния. К препаратам, повышающим устойчивость слизистой оболочки желудка к действию ulcerогенных агентов, относятся **слизеобразующие средства** (производные простагландинов, карбеноксолон) и **средства, оказывающие местное защитное действие на слизистую оболочку** (коллоидный висмут, сукралфат, софалкон и др.).

Простагландины являются производными арахидоновой

кислоты. Они оказывают на желудочно-кишечный тракт многообразное действие: подавляют секреторную функцию желудка, увеличивают секрецию бикарбонатов и слизи, оказывают цитопротективное действие, способствуют образованию эпителиальными клетками желудка сурфактантподобных соединений (фосфолипидов) и нормализуют кровоток в микрососудах слизистой оболочки.

Известны синтетические аналоги простагландинов: производные простагландина E_1 — *мизопростил*, *микопростил*, *риопростил* и производные простагландина E_2 — *арбопростил*, *тримопростил*, *энпростил*, *розапростол*, которые ускоряют заживление язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Их назначают по 200 мг 4 раза в сутки или по 400 мг 2 раза в день внутрь. Они довольно безопасны и хорошо переносятся. Однако в связи с высокой стоимостью производные простагландинов пока не получили широкого распространения. Вследствие стимулирующего влияния на матку они не показаны женщинам детородного возраста.

Карбеноксолон (биогастрон, вентрокол и др.) является синтетическим производным глицерризиновой кислоты (извлекаемой из корня солодки). Будучи липофильным соединением, карбеноксолон легко адсорбируется на слизистой оболочке желудка и, связываясь с ядерными гистонами слизеобразующих клеток, увеличивает выработку желудочной слизи, повышает устойчивость слизистого геля к действию соляной кислоты; ингибирует выработку пепсина; уменьшает слушивание эпителиальных клеток; стабилизирует мембраны лизосом; тормозит разрушение простагландинов в слизистой оболочке желудка. Назначают при язве желудка по 0,05—0,1 г 3 раза в день после еды в течение 4 нед.

Де-нол, дуозол (коллоидный висмута субцитрат) представляет собой трикальневую дицитратную соль висмута. Де-

нол, соединяясь с белками и аминокислотами, освобождаящимися в язвенном и эрозивном дефектах, образует вокруг них и над ними нерастворяющийся преципитат, покрывающий слизистую оболочку белково-висмутной пленкой. Под этой пленкой, являющейся защитной оболочкой, происходит процесс репаративной регенерации. Де-нол мало изменяет внутрижелудочную кислотность, но существенно снижает активность пепсина, повышает содержание простагландинов в слизистой оболочке желудка, угнетает деятельность пилорического хеликобактера. Препарат не оказывает резорбтивного действия на организм, и поэтому побочных явлений при его приеме не возникает. Назначают де-нол в таблетках (по 2 табл 2 раза в день за 30 мин до еды) либо в жидком виде (по 5—10 мл с добавлением 15 мл воды).

Вентрисол (польский препарат, близкий к де-нолу) — 1 табл, покрытая оболочкой, содержит висмута трикалия дигидрата 0,12 г. Действие: противоязвенное, избирательно обволакивает изъязвленные участки слизистой оболочки и образует с белками язвы нерастворимые комплексы; повышает локальную концентрацию простагландинов; вызывает гибель клеток НР. Показания: хеликобактерный гастрит, гастродуоденальные эрозии и язвы. Противопоказания: беременность, лактация, острый гастрит, почечная недостаточность. Принимают внутрь по 1 табл 4 раза в день за 30 мин до еды и перед сном.

Сукралфат (*антепсин, андапсин, карафат, сулькрат, ульцермин, улькогант*) — алюминиевая соль сульфата сукрозы (сульфатированного сахара). Не растворим в воде и почти не всасывается в желудочно-кишечном тракте. Обладает способностью покрывать язвенный дефект защитным слоем, который предотвращает обратную диффузию ионов водорода из просвета желудка, уменьшает активность пепси-

на и его контакт с язвой, снижает повреждающее действие агрессивных веществ, желчных кислот, алкоголя и других детергентов на слизистую оболочку. В комплексе с белками язвенного дефекта образует пленку. Она удерживается на язвенной поверхности до 12 ч, значительно облегчая процесс заживления. Препарат увеличивает выработку и повышает вязкость желудочной слизи, улучшает кровоток, ускоряет регенерацию эпителиальных клеток. Назначают по 1 г 2—3 раза в день внутрь за час до еды (или через 2 ч после еды) и на ночь.

Бисмофальк — 1 табл содержит висмута субгаллата 50 мг и висмута субнитрата 100 мг. Действие: противоязвенное, гастропротективное. Образует защитное покрытие на слизистой оболочке желудка, стимулирует слизееобразование. При приеме внутрь в течение нескольких минут полностью растворяется в желудке и создает высокую концентрацию висмута в его содержимом. Соли висмута почти не всасываются в желудочно-кишечном тракте. В кислой среде желудка они образуют комплексы с гликопротеинами, выделяющимися из поврежденной слизистой оболочки: этот преципитат, содержащий висмут, формирует защитный слой на поверхности эрозий и язв, предохраняя их от воздействия соляной кислоты и пепсина. Обладает бактерицидной активностью в отношении НР. Показания: пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит в фазе обострения, гастралгия. Противопоказания: почечная недостаточность, беременность и лактация, детский и подростковый возраст. Принимают внутрь (не разжевывая) по 2 табл за 1—2 ч до еды 3 раза в день в течение 4—8 нед (не более).

Гепатопротекторы

Гепатопротекторы — это лекарственные средства с узко направленным действием на печеночные клетки, способствующие восстановлению нарушенного функционального состояния печени.

Липоевая кислота (липамид) является коферментом, участвующим в окислительном декарбоксилировании пировиноградной кислоты и α -кетокислот, играет важную роль в биоэнергетике клеток печени, участвует в регулировании углеводного, белкового, липидного обменов, оказывает липотропный эффект. Назначают по 2 мл 0.5 % раствора натриевой соли 2 раза в сутки внутримышечно в течение 8—10 дн и в последующем внутрь по 200 мг в сутки. Курс лечения 3—4 нед. Показания: жировой гепатоз, алкогольные поражения печени.

Айкорат — препарат нукленовой кислоты. Усиливает регенерацию паренхимы печени, нормализует обмен веществ в гепатоцитах. Принимают по 1—2 драже 3 раза в день в течение 2—3 и более месяцев. Показания те же, что и у липоевой кислоты.

Витамин Е (α -токоферол) обладает антиоксидантным свойством, уменьшает перекисное окисление липидов, предупреждая повреждения мембран гепатоцитов. Усиливает метаболизм холестерина и липопротеинов. Применяют внутримышечно по 100 мг (2 мл 5 % масляного раствора) в сутки, курс лечения — 10 инъекций. Показания: хронические гепатиты и циррозы с синдромом холестаза, жировой гепатоз.

Витамины группы В (B_3 , B_6 , B_{12}), кокарбоксилаза, фолиевая кислота, аскорбиновая кислота. Участвуют в обменных процессах в качестве катализаторов различных ферментных систем.

Тиоктан — одна таблетка содержит тиоктамида — 2,5 мг, никотинамида — 30 мг, тиаминмононитрата — 5 мг, витамина В₂ — 2 мг, витамина В₆ — 2,5 мг, витамина В₁₂ — 12,5 мкг, витамина С — 60 мг, витамина Е — 2,5 мг. Регулирует липидный обмен, оказывает липотропный эффект и детоксицирующее действие, улучшает функцию печени. Основным принципом витаминотерапии является ее комплексность, так как дефицит или избыток одного из витаминов ведет к нарушению ферментных систем и тканевого метаболизма. Назначают по 1 табл 3 раза в день.

Эссенциале содержит эссенциальные фосфолипиды и группы витаминов. Препарат стабилизирует клеточные мембраны, способствует улучшению метаболизма гепатоцитов и их регенерации. Одна капсула эссенциале форте содержит «эссенциальных» фосфолипидов — 300 мг, тиамина мононитрата — 6 мг, рибофлавина — 6 мг, никотинамида — 30 мг, α-токоферола ацетата — 6 мг, цианокобаламина — 6 мкг, пиридоксина хлорида — 6 мг. В одной ампуле — 5 мл раствора. Показания: жировой гепатоз, острый и хронический гепатиты, цирроз печени, радиационный синдром, токсемия во время беременности, профилактика преждевременного старения. Побочные явления: у некоторых больных могут появиться проходящие диспепсические расстройства, синдром холестаза. В начале лечения рекомендуется комбинировать парентеральное введение (внутривенно медленно на глюкозе) с приемом внутрь. В последующем переходят на прием внутрь по 2—3 капсулы 2—3 раза в день во время еды. Курс лечения — 3 мес.

Лив-52 содержит тысячелистник, цикорий, сенну, черный паслен и др. травы. Защищает паренхиму печени от токсических агентов, стимулирует регенерацию. Применяют по 1—3 табл 4—5 раз в день.

Хофитал — в одной ампуле 0,1 г очищенного экстракта

листьев артишока в изотоническом растворе. Воздействует на функциональную активность печеночных клеток, стимулирует выработку ферментов; этим объясняется влияние препарата на липидный обмен, повышение антитоксической функции печени. Применяют при инфекционных и токсических гепатитах, циррозе печени. Нетоксичен. Побочные явления не отмечены. Назначают внутривенно медленно или глубоко внутримышечно по 1—2 ампулы в день в течение 8—15 дн.

Гептрал обладает гепатопротективным и антидепрессивным действием. Является донором метильной группы в биореакциях трансметилирования, активирует реакции транссульфирирования (в синтезе цистеина, таурина, глутатиона, CoA и др.). Таблетки в оболочке, растворяющейся в кишечнике, содержат адеметионина 1,4-бутандисульфата — 760 мг, что соответствует 400 мг катиона адеметионина; 1 флакон с лиофилизатом для инъекций — 760 мг; в комплекте с растворителем (L-лизин-буферным раствором каустической соды) — в ампулах по 5 мл. Показания: внутривенный холестаз при прецирротических и цирротических состояниях, депрессии, включая вторичные, алкогольный абстинентный синдром. Противопоказания: гиперчувствительность; первые два триместра беременности. Побочные эффекты не выявлены; у некоторых пациентов могут быть неприятные ощущения в эпигастрии. Применяется внутрь, внутримышечно и внутривенно (очень медленно). Интенсивная терапия — 1—2 флакона в день внутримышечно или внутривенно в течение первых 2—3 нед лечения. Поддерживающая терапия — 2—4 табл в день (между приемами пищи, глотать не разжевывая). Меры предосторожности: раствор следует готовить непосредственно перед применением. Если цвет лиофилизата отличается от должного белого, необходимо воздержаться от его использования.

Галстена выпускается во флаконах по 100 мл для приема внутрь. Содержит *Carduus* — 2 мл, *Taraxacum* — 10 мл, *Chelidonium* — 10 мл, *Natrium sulfuricum* — 10 мл, *Phosphorus* — 10 мл, этиловый спирт — 43 % по массе. Действие: гепатопротективное, желчегонное, дезинтоксикационное, холеретическое, антихолестатическое, метаболическое. Показания: острые и хронические заболевания печени, желчного пузыря и хронический панкреатит. Принимают по 10—20 капель в чистом виде или разведенных в одной столовой ложке воды за 30 мин до или через 1 ч после еды 3 раза в день.

Рибоксин (инозие-Ф) — ампула с 5 мл раствора для инъекций содержит 0,1 г, таблетка — 0,2 г инозина. Действие: анаболическое, кардио- и гепатопротективное. Фосфорилируясь, превращается в инозиновую кислоту, необходимую для образования адениловых и гуаниловых нуклеотидов. Показания: ИБС (инфаркт миокарда, стенокардия), кардиомиопатии различного генеза, дигиталисная интоксикация, дистрофия миокарда на фоне тяжелых физических нагрузок, инфекционной и эндокринной патологии, заболевания печени, порфирия. Противопоказания: гиперчувствительность, подагра. Применяют внутривенно, струйно или капельно, по 0,2 г 1—2 раза в сутки в течение 10—15 дн; внутрь — по 0,6—2,4 г/сут, курс 4—12 нед.

Силимар (силимарин, легалон) является полусинтетическим производным флавоноидов растительного происхождения. Обладает гепатопротективным действием: тормозит процессы цитолиза, снижает активность аминотрансфераз (АЛТ, АСТ), γ -глутаматтрансферазы, ЩФ; оказывает положительное влияние на желчевыделительную систему, в том числе алкогольного генеза; предупреждает холестаз; оказывает антиоксидантное, противовоспалительное и спазмолитическое действие. Показания: гепатиты, цирроз печени. Противо-

казания: гиперчувствительность. Назначают внутрь по 1—2 табл (0,1 г) 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1 мес.

Тыквеол — комплекс биологически активных веществ, получаемых из тыквы (каротиноиды, токоферолы, фосфолипиды, флавоноиды, витамины В₁, В₂, С, Р, ненасыщенные и полиненасыщенные жирные кислоты). Маслянистая жидкость, зеленовато-бурого цвета с характерным запахом и вкусом. Действие: гепатопротективное, желчегонное, антисклеротическое; снижает пролиферацию клеток простаты. Показания: жировой гепатоз, гепатит, цирроз печени, холецистохолангит, колит, атеросклероз, аденома простаты. Принимают внутрь по 1 ч ложке 3—4 раза в день в течение 1—3 мес.

Урсофальк (урсодеоксихолевая кислота) — 1 капсула содержит 250 мг урсодеоксихолевой кислоты. Действие: гепатопротективное, желчегонное, холелитолитическое, иммуномодулирующее. Взаимодействует с хенодеоксихолевой кислотой и формирует смешанные мицеллы (где хенодеоксихолевая кислота образует аполярное ядро, урсодеоксихолевая кислота — оболочку), уменьшает способность желудочного рефлюктанта повреждать клеточные мембраны. Абсорбируется в тонкой кишке за счет массивной диффузии, в подвздошной — активного транспорта. Около 50—70 % принятого количества выводится с желчью. Обладая высокими полярными свойствами, урсодеоксихолевая кислота образует двойные молекулы, способные включаться в состав клеточных мембран, стабилизировать их и понижать восприимчивость их к действию цитотоксических мицелл. Иммуномодулирующее действие обусловлено влиянием на иммунологические реакции в печени, снижением экспрессии некоторых антигенов на мембране гепатоцитов, воздействием на количество Т-лимфоцитов, уменьшением числа эозинофилов и др. Снижает насыщенность желчи холестерином за счет угнетения его аб-

сорбции в кишечнике, подавления синтеза в печени и уменьшения секреции в желчь: повышает растворимость холестерина в желчи, образуя с ним жидкие кристаллы, понижает литогенный индекс желчи за счет увеличения в ней содержания желчных кислот.

Показания: первичный билиарный цирроз печени, первичный склерозирующий холангит, хронический гепатит, атрезия внутрипеченочных желчных путей, холестаза при парентеральном питании, билиарный рефлюкс-гастрит, алкогольный гепатоз, профилактика поражений печени при использовании гормональных контрацептивов и цитостатиков, растворение холестериновых желчных камней в желчном пузыре (при невозможности их удаления). Противопоказания: острые инфекционные заболевания желчного пузыря и желчных протоков, беременность. Побочные действия: диарея, кальцинирование желчных камней. Принимают внутрь, не разжевывая, при лечении желчнокаменной болезни 1 раз перед сном, при заболеваниях печени — 2—3 раза в сутки.

Орнитетил — один флакон содержит нейтральный альфа-кетоглутарат орнитина 2 г. Альфа-кетоглутаровая кислота обладает неспецифическим защитным действием на клетки печени, предохраняя их от воздействия различных токсических факторов и способствуя возобновлению клеточной энергии. При остром вирусном гепатите ускоряет снижение билирубина, помогает улучшить аппетит и общее состояние, а также быстро восстановить цвет кожи; способствует обезвреживанию всосавшегося аммиака в крови. Показания: печеночная кома, психические расстройства при портокавальной энцефалопатии, гепатиты, полинейропатия у больных алкоголизмом. Содержимое флакона растворяют в 10 мл дистиллированной воды, вводят внутримышечно 1—3 флакона или внутривенно (очень медленно!) 1—5 флаконов в сутки.

Препараты панкреатических ферментов

При недостаточности поджелудочной железы, когда выработка липазы падает ниже 10 % от нормы, возникает стеаторея. Известно, что после приема пищи в просвет кишечника освобождается приблизительно 100 000 ЕД липазы в час. Таким образом, при заместительной терапии панкреатическими ферментами должно освобождаться по меньшей мере 10 000 ЕД за час. Однако из-за инактивации ферментов при рН ниже 4,0 только примерно 8 % активной липазы достигнет дистальных отделов двенадцатиперстной кишки. Различные препараты панкреатических ферментов значительно отличаются по ферментативной активности.

Для заместительной терапии панкреатическими ферментами рекомендуют различные схемы применения препаратов, но, по-видимому, имеется мало различий между приемом медикамента во время еды и через каждые 2 ч в течение всего дня. Потребность в дозе индивидуальна, поэтому необходимо следить за результатами терапии (суточной экскрецией жиров в стуле) и повышать количество капсул или таблеток до тех пор, пока не будет наблюдаться терапевтический эффект. Добавление в схему ранитидина или фамотидина (квamatела) увеличивает эффективность ферментов, ограничивая, вероятно, их кислотную инактивацию. Поскольку в препаратах ферментов высокое содержание пуринов, может наблюдаться образование мочекислых почечных камней. Заместительная терапия панкреатическими ферментами является дорогой.

Панкреатин — спиртовой экстракт из поджелудочной железы свиней, содержит липазу, трипсин и амилазу. Облегчает переваривание жиров, белков и углеводов. Действует в щелочной среде, желудочным соком частично инактивируется.

ся. Назначают при внесекреторной недостаточности поджелудочной железы (хронический панкреатит, муковисцидоз), целиакии, энзимопатиях, а также при ахилии, гипоацидном гастрите. Принимают внутрь в виде порошка или таблеток 3—4 раза в день перед приемами пищи и запивают щелочным раствором (Боржоми или натрия гидрокарбонат).

Панзинорм (энзипорм) — комбинированный препарат, выпускают в виде двуслойной таблетки. Наружный слой, растворяющийся в желудке, содержит экстракт слизистой оболочки желудка крупного рогатого скота, включающий в себя сумму ферментов желудочного сока, и аминокислоты, стимулирующие выделение желудочного сока, ферментов кишечника и поджелудочной железы. Внутренний, кислотоустойчивый, слой распадается в кишечнике. Он содержит панкреатин и экстракт желчи, обеспечивающий желчегонный эффект, эмульгирование и переваривание жиров, выделение панкреатической липазы. Применяют при секреторной и переваривающей недостаточности желудка и кишечника, при панкреатитах, расстройствах пищеварения, связанных с нарушением диеты и отравлениями. Принимают во время еды, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды, 3 раза в день.

Дигестал (дигестал форте) содержит панкреатин с протеолитической, амилолитической и липолитической активностью, желчь и гемипеллюлазу. Вызывает регуляцию пищеварения, восполняет недостаточность поджелудочной железы и компонентов желчи. Способствует расщеплению углеводов, жиров (эмульгирует), белков и целлюлозы. Показан при хроническом панкреатите, фиброзе поджелудочной железы, состояниях после удаления поджелудочной железы, желудка, двенадцатиперстной кишки или желчного пузыря, при подготовке к рентгенологическому исследованию и УЗИ органов брюшной полости, муковисцидозе, других расстройствах

пищеварительного процесса вследствие ферментной недостаточности. Противопоказан при гиперчувствительности к протенинам свиного происхождения, печеночной недостаточности, гепатите, механической желтухе, желчнокаменной болезни. Принимают внутрь, не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости, в дозе 1—2 драже или 1—2 табл во время еды или сразу после еды.

Другие комбинированные ферментные препараты (например, *фестал*, *элизистал*, *ораза*, *солизим*, *мезим форте*, *панкурмен*, *нигедаза* и т. п.) применяют по тем же показаниям, что и панзинорм, дигестал.

Креон — 1 капсула содержит примерно в 2 раза больше панкреатина (в виде микросфер) из свиной поджелудочной железы, чем приведенные выше препараты. Полностью защищен от инактивации кислотой желудочного сока, что достигается путем наполнения желатиновой капсулы известным количеством микросфер с препаратом панкреатина. Растворяясь в желудке за несколько минут, капсула освобождает микросферы, которые сохраняют резистентность к действию желудочного сока (рН 1) в течение 2 ч. Микросферы с желудочным химусом эвакуируются в тонкий кишечник, где они быстро растворяются в щелочной среде, освобождая ферменты. Таким образом обеспечивается быстрое действие препарата в тонкой кишке с перевариванием белков, жиров и углеводов и улучшением их всасывания. Показания: острый панкреатит, при котором препарат вызывает подавление экзогенной секреции поджелудочной железы по принципу обратной связи; нарушение пищеварения при хроническом панкреатите, холецистите, циррозе печени; заместительная терапия после резекции желудка, гастрэктомии и операций на поджелудочной железе; муковисцидоз. Принимают внутрь во время еды, не разжевывая, с небольшим количеством воды или сока, по 1—2 капсулы 3—4 раза в день.

Панцитрат практически идентичен креону, резистентность панкреатина к желудочному соку обеспечена содержанием в капсуле микротаблеток, а не микросфер. Применяют по тем же показаниям, что и креон.

Желчегонные средства

Нарушения желчеотделения могут иметь разную природу. Основными из них являются хронические заболевания печени и желчевыводящих путей, дискинезии, повышение литогенности желчи. Многочисленные вещества растительного и синтетического происхождения, повышающие секрецию желчи и способствующие ее выходу в двенадцатиперстную кишку, носят общее название желчегонных средств. Консервативное лечение заболеваний желчного пузыря и желчных путей включает борьбу с инфекцией (антибактериальная терапия), коррекцию дискинетических расстройств, мероприятия по нормализации состава желчи (желчегонные средства) и в ряде случаев попытки растворения камней в желчном пузыре (камнерастворяющие препараты). Желчегонные средства условно разделяют на: холеретики, холекинетики, холеспазмолитики и препараты, применяемые при повышенной литогенности желчи.

Холеретики (холесекретки)

Это лекарственные средства, стимулирующие желчеобразовательную функцию печени. Им отдают предпочтение при хронических воспалительных заболеваниях желчевыводящих путей. При необходимости холеретики назначают вместе с антибиотиками (тетрациклинами, аминопенициллинами, макролидами, метронидазолом и др.), анальгетиками и спазмолитиками.

Холагогум — 1 капсула содержит экстракта чистотела спиртового — 40 мг, экстракта куркумы спиртового — 20 мг, масла мяты перечной — 5 мг и масла куркумы — 5 мг. Действие: желчегонное, холеретическое, гепатопротективное, активизирует внешнесекреторную функцию печени и поджелудочной железы, обмен веществ в клетках печени, способствует растворению холестериновых желчных камней. Показания: хроническое воспаление желчного пузыря и желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь, состояние после холецистэктомии, функциональные расстройства желчного пузыря и желчных путей. Противопоказания: печеночная недостаточность, полная обтурация желчных путей, гнойное воспаление желчного пузыря. Применяют внутрь по 2 капсулы 3 раза в день во время еды в течение 1 нед. в дальнейшем — по 1 капсуле 3 раза в день в течение 2 и более недель.

Аллохол — 1 таблетка, покрытая оболочкой, содержит желчи животной сухой — 80 мг, экстракта чеснока сухого — 40 мг, экстракта крапивы — 5 мг и угля активированного — 25 мг. Действие: желчегонное; усиливает секреторную функцию печени, стимулирует двигательную активность желчных путей и желудочно-кишечного тракта, угнетает процессы гниения и брожения в кишечнике. Показания: хронический холецистит, холангит, гепатит, атонический запор. Противопоказания: обтурационная желтуха, острый гепатит, дистрофия печени, гастродуоденальные язвы. Применяют внутрь по 1—2 табл 3 раза в день после еды в течение 3—4 нед. Курсы можно повторять 2—3 раза в год.

Холагол — 1 мл (35 капель) содержит пигментов корня куркумы — 2,25 мг, эмодина из крушины — 0,9 мг, магния салицилата — 18 мг и смеси эфирных масел — 553 мг, а также этанол, масло оливковое. Действие: желчегонное, спазмолитическое, слабительное; стимулирует образование и выде-

ление желчи. Показания: желчнокаменная болезнь, хронический холецистит и холангит в фазе ремиссии, диспепсический синдром после операций на желчевыводящих путях. Противопоказания: острые воспалительные заболевания гепатобилиарной системы. Побочные действия: тошнота, изжога, рвота. Применяют внутрь по 5—10 капель на кусочке сахара 3 раза в день за 30 мин до еды.

Холензим — таблетки, содержащие сухую желчь, порошок высушенной поджелудочной железы и слизистой оболочки тонкой кишки убойного скота. Обладает слабой холеретической активностью, но увеличивает содержание холатов в желчи. Улучшает переваривание пищи в кишечнике за счет содержания трипсина и амилазы. Принимают по 1—2 табл во время еды 3 раза в день.

Галстена (см. Гепатопротекторы).

Холафлукс — растворимый чай, 100 г которого содержат 37,5 г обезвоженного экстракта следующего состава: листьев шпината — 10,5 г, плодов чертополоха — 4,5 г, травы лапчатки гусиной — 12,5 г, травы чистотела — 40,5 г, травы тысячелистника — 12 г, корня лакричника — 43,5 г, корневища ревеня — 15 г, корня и травы одуванчика — 12 г, сухого спиртового экстракта куркумы — 0,4 г, экстракта алоэ — 1,2 г, масла куркумы — 0,076 г. Действие: желчегонное, холеретическое, холекинетическое. Показания: хронический холецистит, холангит, состояние после холецистэктомии, дискинезии желчного пузыря и желчных путей. Противопоказания: печеночная недостаточность, закупорка желчных путей, гнойное воспаление желчного пузыря, кишечная непроходимость. Способ применения: 1 чайную ложку чая кладут в чашку, заливают горячей водой, размешивают, если нужно, добавляют сахар и принимают внутрь по 1 чашке 3 раза в день перед едой.

Оксафенамид, циквалон, никодин — синтетические холеретики. Они являются органическими кислотами, которые после поступления в гепатоциты из крови секретируются в желчь и диссоциируют, образуя органические анионы. Это обуславливает осмотическую фильтрацию в желчные капилляры воды и электролитов. Повышают тонус желчного пузыря и расслабляют гладкую мускулатуру желчных протоков; некоторые из них оказывают противовоспалительное (циквалон) или противомикробное (никодин) действие. Назначают по 1—3 табл перед едой 3 раза в день.

Экстракты бессмертника, кукурузных рылец, плодов шиповника, барбариса, мяты — холеретики растительного происхождения. Холеретические свойства растений связывают с наличием эфирных масел, смол, флавонов, фитостеринов и некоторых витаминов. Наряду с усилением секреции желчи, большинство растительных препаратов вызывают повышение тонуса желчного пузыря с одновременным расслаблением гладкой мускулатуры желчных путей и сфинктеров Одди, Люткенса. Экстракты, настои, отвары принимают за 30 мин до еды.

Минеральные воды (Ессентуки, Джермукская, Славяновская, Смирновская и др.) содержат анионы сульфата и катионы магния, обладающие желчегонным действием. Назначают в теплом виде за 20—30 мин до еды.

Холекинетики

Повышают тонус и двигательную функцию желчного пузыря, снижают тонус общего желчного протока. К ним относятся **магния сульфат, ксилит, сорбит, маннит**, которые назначают в основном при гипотонической форме дискинезий желчных путей.

Холекинетическое действие связано с раздражением ре-

цепторного аппарата слизистой оболочки кишечника, что приводит к рефлекторному увеличению выделения эндогенного холецистокинина. Гормон вырабатывается аргентаффинными клетками слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. Холецистокинин попадает в кровь, захватывается печеночными клетками и далее секретируется в желчные капилляры, оказывая при этом непосредственное активирующее влияние на гладкую мускулатуру желчного пузыря и ослабляя сфинктер Одди.

Магния сульфат дополнительно оказывает тормозное влияние на гладкую мускулатуру желчевыводящих путей (спазмолитическое действие).

Многоатомные спирты (ксилит, сорбит, маннит) обладают холеретическим действием за счет участия их в углеводном, липидном, белковом и пигментном обмене.

Магния сульфат назначают в 25 % растворе по 1 ст. ложке 3 раза в день до еды, а также применяют при дуоденальном зондировании (50 мл 25 % раствора).

Ксилит обладает наиболее сильным холекинетическим действием. Холеретический эффект препарата проявляется увеличением выделения печеночной желчи с высоким содержанием липопротеинового комплекса, билирубина, холевой кислоты. Кроме того, ксилит препятствует развитию кетоза, способствует усвоению витаминов группы В. Холекинетическое действие ксилита снимается холинолитиками, поэтому применять эти препараты одновременно не следует. Назначают внутрь натощак в теплой воде (2 чайные ложки на стакан воды) при беззондовом дренаже (тюбаже) и при дуоденальном зондировании.

Сорбит, маннит, милит и фруктоза по действию сходны с ксилитом.

Холеспазмолитики

К препаратам этой группы относятся атропин, метацин, платифиллин, бускопан, спазмомен, папаверин, зуфиллин, но-шпа, олиметин, холагол и др. Они расслабляют тонус желчных путей. Применяют их в основном при гиперкинетической дискинезии желчных путей, желчнокаменной болезни, хроническом холангите.

М-холинолитики (атропин, метацин, платифиллин) блокируют М-холинорецепторы постсинаптических мембран в синапсах, образованных постганглионарными волокнами парасимпатических нервов и исполнительным органом (в данном случае гладкая мускулатура желчевыводящих путей). При этом происходит некоторое торможение желчеотделения. Препараты комбинируют с болеутоляющими средствами и холеспазмолитиками миотропного механизма действия. М-холинолитики вводят парентерально или принимают внутрь до еды.

Спазмолитики миотропного действия (бускопан, спазмомен, папаверин, но-шпа, зуфиллин) оказывают непосредственное влияние на тонус гладкой мускулатуры за счет угнетения активности фосфодиэстеразы и других механизмов. Из них менее известны бускопан и спазмомен.

Бускопан (бутилскополамин) действует на парасимпатические ганглии в стенках внутренних органов. Благодаря этому он оказывает специфическое спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру ЖКТ, желчных и мочевыводящих путей. При назначении бускопана в терапевтических дозировках не наблюдается никаких побочных эффектов на центральную нервную систему и на слюнные железы. Показания: гипермоторика или спазмы ЖКТ, пилороспазм, рвота в послеоперационном периоде, дискинезия желчных путей и спазм мочевыводящих путей. Форма выпуска: таблетки

(10 мг), суппозитории (10 мг), ампулы (20 мг/мл). Принимают по 1—2 табл 3—5 раз в день или по 1 ампуле подкожно, внутримышечно или внутривенно несколько раз в день.

Спазмомен — 1 табл содержит 40 мг отилония бромиды. Вызывает расслабление гладкой мускулатуры ЖКТ. Не обладает атропиноподобными свойствами, не вызывает тератогенного, мутагенного и эмбриотоксического эффекта. Показан при спастических состояниях и дискинезии ЖКТ: желчнокаменной болезни, синдроме раздраженной кишки, спазме общего желчного протока, гастродуодените; при подготовке к проведению эндоскопических исследований. Побочные действия не выявлены. Назначают внутрь по 1 табл 2—3 раза в день. С осторожностью применяют при глаукоме.

Другие спазмолитики назначают внутрь после еды и парентерально.

Препараты растительного происхождения (олиметин, холагол) обладают наряду с холеретической и холекинетической активностью.

Олиметин является сложным препаратом, содержащим масло аниса, оливковое масло, масло мяты перечной, терпентинное масло, серу очищенную. Действие основано на спазмолитическом, желчегонном и противовоспалительном действии эфирных масел. Назначают препарат в капсулах до еды, при изжоге — после еды.

Холагол (см. выше).

Препараты, применяемые при повышенной литогенности желчи и для растворения желчных камней

Литогенность желчи определяется количеством выделяемых печенью холатов, а также скоростью их кишечно-печеночной циркуляции и величиной пула, т. е. общим количеством желчных кислот, находящихся в печени, кишечнике и

системе воротной вены. Концентрация их уменьшается при болезнях печени и ухудшении обратного всасывания в кишечнике после резекции. Кроме того, воспаление в желчных путях и пузыре способствует усилению резорбции желчных кислот, которые всасываются быстрее холестерина, дестабилизируя его в пузырной желчи. При этом снижается так называемый холато-холестериновый индекс — соотношение между содержанием в желчи желчных кислот и холестерина (в норме равен 25).

Болезни печени и застой желчи приводят к нарушению стабильности коллоидных комплексов холестерина, билирубина, солей кальция и выпадению их в осадок.

При воспалении желчного пузыря происходит сдвиг рН желчи в кислую сторону (в норме рН 7,8—8,0), поэтому уменьшается растворимость холестерина. Кроме того, слизистая оболочка пузыря выделяет слизь, содержащую положительно заряженные мукоидные и белковые вещества. При их соединении с отрицательно заряженным комплексом — холаты-холестерин и мыла — образуется нейтральный комплекс с последующим выпадением из него холестерина. Наконец, при воспалении увеличивается эксфолиация эпителия, а также выделение фибринозного экссудата и скопление бактерий (грамотрицательных энтеробактерий, энтерококков, анаэробов), что является первопричиной образования камней. Важно диагностировать так называемое «предкаменное» состояние желчнокаменной болезни, так как именно в «предкаменной» стадии можно проводить конкретные действия, направленные на нормализацию компонентов желчи и ее структуры.

Однако, если у пациента уже появились одиночные холестериновые камни диаметром до 20 мм или мелкие холестериновые камни, занимающие не более 50 % площади желч-

ного пузыря, показано лечение хенопрепаратами (хенодеоксихолевой и урсодеоксихолевой кислотами).

Хенодеоксихолевая кислота (хенохол, хенофальк) вызывает снижение активности 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим-А-редуктазы — фермента, участвующего в синтезе холестерина в организме. Кроме того, под ее влиянием уменьшается всасывание холестерина в кишечнике и изменяется соотношение желчных кислот и холестерина благодаря превалированию в общем пуле желчных кислот хенодеоксихолевой кислоты. Тем самым обеспечивается растворение желчных камней, состоящих преимущественно из холестерина. Эффективные дозы препарата — 750—1000 мг/сут (1 капсула содержит 250 мг), принимают их в течение 4—6 мес. Противопоказания: нехолестериновые желчные камни, холецистит при желчнокаменной болезни, острый и хронический гепатит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, воспалительные заболевания пищеварительного тракта, синдром мальабсорбции, тяжелая почечная или печеночная недостаточность, беременность. Из побочных эффектов отмечаются диарея, повышение активности аминотрансфераз. При отмене препарата желчь становится перенасыщенной холестерином уже через 3 нед! Рецидивы возникают у 50 % больных, преимущественно в течение первых 2 лет, поэтому требуется постоянная поддерживающая терапия в дозе 250—500 мг/сут.

Урсодеоксихолевая кислота (урсофальк) по эффективности несколько превосходит хенодеоксихолевую кислоту. Эффективная доза составляет 750 мг препарата (см. Гепатопротекторы).

Замечено, что эффективность растворения желчных камней заметно усиливается при сочетанном применении препаратов: хенофальк по 1 капсуле утром, урсофальк по 2 капсулы

вечером или литофальк (комбинация хенодеоксихолевой и урсодеоксихолевой кислот) по 1 капсуле утром и вечером.

Для профилактики образования новых камней рекомендуется ограничить энергетическую ценность пищевого рациона у тучных пациентов, снизить потребление холестеринсодержащих продуктов (животный жир, яйца), назначить усиливающие холекинез и экскрецию холестерина с калом продукты (растительную клетчатку, пшеничные отруби, овощи).

В заключение необходимо отметить, что растворение желчных камней еще не может конкурировать с хирургическим лечением желчнокаменной болезни, однако продолжение исследований в этом направлении, безусловно, перспективно.

Противорвотные и прокинетические средства

Рвота — сложный рефлекторный акт. Основными структурами, участвующими в реализации рвотного рефлекса, являются: 1) рвотный центр, расположенный в дорсолатеральной части ретикулярной формации продолговатого мозга; 2) хеморецепторная пусковая зона, локализованная в области дна IV желудочка продолговатого мозга; 3) общее чувствительное ядро языкоглоточного и блуждающего нервов, расположенное в ретикулярной формации продолговатого мозга и воспринимающее афферентную импульсацию с рецепторов зева, глотки, пищевода, желудка, брюшины, средостения, гениталий и других рефлексогенных зон; 4) вестибулярные ядра, находящиеся в области акустической дуги и участвующие в проведении к рвотному центру индуцированных факторами «болезни движения» импульсов с перепончатого лабиринта внутреннего уха и мозжечка; 5) общее двигательное ядро блуждающего и языкоглоточного нервов и заднее ядро блуж-

дающего нерва — эффекторные звенья реализации рвотного рефлекса.

В перечисленных мозговых структурах обнаружено более 30 биологически активных веществ (биогенные амины, гормоны, пептиды и др.), участвующих в нейрохимических механизмах рвоты. Преобладающими биогенными аминами в структурах продолговатого мозга, участвующими в реализации рвотного рефлекса, являются дофамин, норадреналин, серотонин, гистамин, ацетилхолин, а также различные нейропептиды, соматостатин, холецистокинин, эндорфины, энкефалины, вазопрессин, нейротензин, вазоинтестинальный пептид, вещество P, рилизинг-факторы различных гормонов. В зависимости от происхождения рвоты для ее устранения назначают разные препараты.

Метоклопрамид (церукал, реглан) относится к дофаминolitikам, угнетающим пусковую зону продолговатого мозга. Кроме того, он — непрямой холиномиметик, поэтому повышает тонус нижнего сфинктера пищевода, устраняя желудочно-пищеводный рефлюкс, усиливает сокращения желудка и кишечника, восстанавливает активность водителя ритма желудка, устраняя тошноту и рвоту, а также икоту. Показания: расстройства моторики верхнего отдела ЖКТ — изжога, рефлюкс-эзофагит, пилороспазм; тошнота, позывы к рвоте, рвота различного генеза, атония желудка; зондирование желудка и тонкой кишки. рентгенологическое исследование желудка и тонкой кишки (с целью ускорения пассажа контрастного вещества). Противопоказания: гиперчувствительность, кишечная непроходимость, кровотечение или перфорация ЖКТ, феохромоцитомы, эпилепсия, экстрапирамидные нарушения моторики, I триместр беременности, лактация. Побочные действия: чувство усталости, слабость, головные боли, беспокойство, страх, усиление перистальтики. Применяют

внутри по 1 табл (10 мг) за 30 мин до приема пищи, внутримышечно, внутривенно.

Близкие к метоклопрамиду препараты: дебридат, домперидон (мотилиум), цизаприд (координакс), бромоприд, диметпрамид и др.

Домперидон (мотилиум) — 1 табл содержит 10 мг, 1 мл суспензии для приема внутрь — 1 мг домперидона. Действие: противорвотное и спазмолитическое; блокирует периферические и центральные (в пусковой зоне головного мозга) дофаминовые рецепторы; ускоряет опорожнение желудка; повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера. Показания: диспепсический синдром, тошнота и рвота различного происхождения, рефлюкс-эзофагит, рефлюкс-гастрит, состояния после холецистэктомии. Противопоказания: гиперчувствительность, опухоль гипофиза, желудочно-кишечное кровотечение, стеноз привратника, беременность и лактация. Применяют внутрь за 15—30 мин до еды и перед сном по 1 табл или 10 мл суспензии.

Цизаприд (координакс, перистил) — 1 табл содержит 10 мг, 1 мл суспензии для приема внутрь — 1 мг цизаприда. Действие: стимулирует тонус и моторику желудочно-кишечного тракта; усиливает высвобождение ацетилхолина на уровне интрамурального нервного сплетения кишечника; усиливает перистальтику и повышает тонус нижнего сфинктера пищевода, предотвращая рефлюкс содержимого желудка; ускоряет эвакуацию пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку; предупреждает стаз и дуоденогастральный рефлюкс. Показания: парез желудка спонтанный или обусловленный диабетической нейропатией, психогенной анорексией, ваготомией, частичной гастрэктомией; желудочно-пищеводный рефлюкс, рефлюкс-эзофагит, синдром срыгивания у новорожденных; дисфункциональная псевдонепроходимость кишеч-

ника; хронический идиопатический запор. Противопоказания: гиперчувствительность, недоношенность, беременность и лактация. Побочные действия: кратковременные абдоминальные спазмы, нарушения функции печени, головная боль, головокружение, экстрапирамидные расстройства, учащенное мочеиспускание, аритмии, гинекомастия и галакторея. Применяют внутрь по 1 табл или 10 мл суспензии 3—4 раза в день за 15—30 мин до еды.

Убретид — 1 таблетка содержит 5 мг дистигмина бромида. Действие: ингибирует (обратимо) ацетилхолинэстеразу в синаптической щели и приводит к накоплению ацетилхолина; усиливает секрецию и повышает тонус и перистальтику кишечника, мочеточников и мочевого пузыря; тонизирует скелетную мускулатуру. Показания: послеоперационная атония и паралитическая непроходимость кишечника, послеоперационная атония мочевого пузыря и мочеточников, хронические атонические и гипотонические запоры, мегаколон, миастения. Противопоказания: выраженная ваготония, бронхиальная астма, артериальная гипотензия, гиперацидность желудочного сока, пептическая язва, сердечная недостаточность, тетания, эпилепсия, паркинсонизм, беременность и кормление грудью. Назначают по 1 табл в день; в зависимости от результатов первой недели лечения дозу увеличивают до 2 табл или уменьшают до 1 табл в 2—3 дня.

Хлорпромазин (аминазин), как и вышеназванные препараты, относится к дофаминолитикам. Оказывает противорвотное, антипсихотическое и седативное действие. Показания: тошнота, рвота при лучевой терапии и химиотерапии злокачественных новообразований. Побочные действия: артериальная гипотензия, экстрапирамидные расстройства, судорожный синдром, аллергические реакции, желтуха, агранулоцитоз. Назначают внутримышечно, внутривенно и внутрь в дозе 0,025—0,075 г в сутки.

Тизтилперазин, как и хлорпромазин, фенотиазиновый нейрорептик, однако он не обладает выраженной седативной активностью, не вызывает заметных экстрапирамидных нарушений и в то же время оказывает более сильное противорвотное действие.

Бонин (меклозин) обладает противорвотным, антигистаминным, холиноблокирующим действием. 1 табл содержит 25 мг меклозина гидрохлорида. Препарат имеет большую продолжительность действия (до 24 ч), поэтому его принимают 1 раз в сутки. Противопоказания: гиперчувствительность. Побочные действия: сонливость, утомляемость, сухость во рту. Способ применения и дозы — 25—100 мг/сут, в несколько приемов. Показания: укачивание — за 1 ч до путешествия — 25—50 мг, затем повторно каждые 24 ч; тошнота и рвота при беременности — 25—50 мг в день; лабиринтные и вестибулярные нарушения — 25—100 мг в день; тошнота и рвота, связанные с лучевой терапией, — за 2—12 ч до лучевой терапии 50 мг. Следует использовать с осторожностью при глаукоме и увеличении предстательной железы.

Кинедрил — 1 табл содержит моксастина теоклата — 25 мг и кофеина — 30 мг. Обладает противорвотным, седативным и холинолитическим свойством. Показания: тошнота и рвота при вестибулярных нарушениях. Противопоказания: гиперчувствительность, беременность и лактация. Побочные действия: сухость во рту, заторможенность, сонливость, слабость, гипотензия, тахикардия, нарушения аккомодации, аллергические реакции. Применяют внутрь по 1 табл за 1 ч до полета или поездки и по 1 табл каждые 2—3 ч во время их.

Осетрон (ондасетрон) блокирует периферические и центральные серотониновые (5-HT₃) рецепторы, тем самым оказывая противорвотное действие. Показания: профилактика и лечение тошноты и рвоты при химио- и лучевой терапии он-

кологических заболеваний, в послеоперационном периоде. Противопоказания: гиперчувствительность, беременность, лактация. Применяют внутрь и внутривенно в разовой дозе 8 мг, суточная — до 24—32 мг.

Спазмолприв (феноверин) — 1 капсула содержит 100 мг феноверина. Фармакологическое действие: спазмолитическое, противорвотное; нормализует моторную функцию ЖКТ; блокирует «медленные» кальциевые каналы. Показания: синдром раздраженной кишки, спастический или воспалительный колит, рвота, спазм пищевода, рефлюкс-эзофагит; нарушения моторики ЖКТ в результате оперативных вмешательств, спастические боли в области малого таза. Противопоказания: гиперчувствительность, почечная или печеночная недостаточность, наличие в анамнезе гипертермии при проведении анестезии или связанной с физической нагрузкой, миопатия, беременность, лактация, детский возраст. Принимают внутрь по 1 капсуле 3 раза в день в течение 6 нед.

Метеоспазмил близок по действию к спазмоприву.

Галоперидол блокирует центральные альфа-адренергические и дофаминергические рецепторы. Фармакологическое действие: нейролептическое, дофаминблокирующее, анальгезирующее, жаропонижающее, противосудорожное, противорвотное, седативное, антигистаминное. Показания: психомоторное возбуждение, бред и галлюцинации, хорея Гентингтона, возбуждение, агрессивность, расстройства поведения в пожилом и детском возрасте, стойкая рвота, никота. Противопоказания: пирамидные и экстрапирамидные нарушения, депрессивные состояния. Форма выпуска: 1 ампула с 1 мл раствора для инъекций содержит 5 мг галоперидола; 1 табл — 1,5 мг. 1 табл форте — 5 мг. Применяют внутривенно, внутримышечно и внутрь.

Антидиарейные средства и лечение поносов

При поносе терапевтические мероприятия прежде всего направлены на лечение основного заболевания, одновременно проводят и симптоматическую терапию диарей с помощью медикаментозных средств. Лекарственные средства, оказывающие антидиарейное действие, делят на 5 групп:

1) ингибиторы парасимпатической нервной системы (холинолитики) и адренергические средства;

2) препараты, непосредственно действующие на моторную функцию кишечника (препараты опиоя, дифеноксилат, лоперамид и др.);

3) средства, способствующие уплотнению каловых масс (препараты кальция, висмута, гидроокись алюминия, каолин и др.);

4) препараты, способствующие выделению с калом желчных кислот (холестирамин, производные лигнина, гидроокись алюминия);

5) средства, оказывающие преимущественно антисекреторное действие (ингибиторы простагландинов, нейролептики и др.).

Не все эти препараты являются специфическими антидиарейными средствами, однако их противопоносный эффект может быть использован в клинической практике.

При лечении больных с заболеваниями кишечника, сопровождающимися поносом, эффект *холинолитиков* (*атропин, платифиллин, метацин, пробантин, бензогексоний, пирензепин и др.*) связывают с их воздействием на двигательную функцию кишечника и торможением желудочной секреции. При повышенной моторной активности кишечника с успехом применяют адреномиметик *эфедрин*, который также улучшает всасывательную функцию тонкой кишки.

Антидиарейным действием обладают и другие агонисты аденорецепторов (*клофелин, лидамицин*).

К специфическим антидиарейным средствам относят *опий и его производные*, которые тормозят пропульсивную функцию кишечника и благодаря этому способствуют замедлению транзита содержимого кишечника. Из опиатов в качестве антидиарейного средства чаще других применяют *кодеин*. Синтетический антидиарейный препарат *дифеноксилат (ломотил, реасек)* обладает слабым центральным морфиноподобным действием. Он является универсальным противопроносным средством, которое применяют при диарее с ослабленной и повышенной моторной активностью кишечника.

Дериватом дифеноксилата и нейролептика галоперидола является *лоперамид (имодиум)* — высокоэффективное антидиарейное средство. Препарат лишен наркотических свойств и поэтому хорошо переносится при длительном применении. При хронической диарее со слабостью анальных сфинктеров и недержанием кала лоперамид повышает тонус анальных сфинктеров и резервуарную функцию прямой кишки, увеличивает порог ее чувствительности к раздуванию. *Нуфеноксол* также стимулирует опиоидные рецепторы, тем самым усиливает абсорбцию и тормозит секрецию воды и солей.

Препараты кальция для лечения диареи применяют уже 150 лет. Хорошо зарекомендовал себя *углекислый кальций*, который связывает в кишечнике жирные кислоты и способствует уплотнению каловых масс. Его назначают по 1 г на прием. Показано, что ионы кальция подавляют активность аденилатциклазы и активируют активность фосфодиэстеразы, тем самым способствуют расщеплению циклического аденозинмонофосфата — мощного стимулятора кишечной секреции.

Препараты висмута оказывают преимущественно мес-

тное вяжущее, обволакивающее и адсорбирующее действие. Применяют *субнитрат, субсалицилат и галлат висмута (дерматол)*.

Из других адсорбентов издавна в клинической практике используют *каолин, активированный уголь*, которые эффективны в больших дозах.

При так называемой «желчной» диарее ведущим патогенетическим механизмом является усиление кишечной секреции под действием неадсорбированных желчных кислот (заболевания и резекция подвздошной кишки, первичные нарушения всасывания желчных кислот, состояния после холецистэктомии, ваготомии). *Гидроокись алюминия* и ее препарат *алмагель* связывают желчные кислоты и способствуют выведению их с калом. Гидроокись алюминия и *смекту* считают одними из лучших средств для лечения «желчной» диарей, назначая в дозе 10 мл утром натощак и на ночь.

Аттапульгит представляет собой природный очищенный алюминиево-магнневый силикат в коллоидной форме. Он обладает высокой способностью адсорбировать патогенные возбудители и связывать токсичные вещества, способствуя тем самым нормализации кишечной флоры. Препарат не всасывается в ЖКТ и применяется при диареях различного генеза в дозе 2 табл 4 раза в день; таблетки проглатывают, не разжевывая и запивая жидкостью.

Таннакомп — комбинированный препарат. В его состав входят альбуминат таннина (0,5 г) и лактат этакридина (0,05 г). Альбуминат таннина (соединенная с белком дубильная кислота) обладает вяжущими и противовоспалительными свойствами, этакридина лактат — антибактериальными и антиспастическими. Таннакомп применяется для профилактики и лечения диарей различного генеза. Для предупреждения диарей туристов препарат назначают по 1 табл 2 раза в сутки, для

лечения — по 1 табл 4 раза в сутки. Лечение заканчивают с прекращением диарей.

Поликарбофил кальция применяют в качестве симптоматического средства при неинфекционной диарее по 2 капсулы в день в течение 8 нед.

Невсасывающиеся комплексы с желчными кислотами образует и анионообменная смола **холестирамин**. Применяют при лечении «желчной» диарей в суточной дозе 12—16 г. Сходным действием обладают вазозан и квестран.

Препараты лигнина (полифепан, билигнин) также адсорбируют желчные кислоты. Натуральный природный продукт лигнин не дает существенных побочных эффектов даже при длительном применении, что делает его одним из лучших противопоносных средств. **Полифепан** адсорбирует на себе примерно 40 % желчных кислот, а также кишечные бактерии; он снижает активность пепсина в желудке и повышает активность в тонкой кишке трипсина и химотрипсина. Отчетливый клинический эффект **билигнина** получен у больных с поносом на почве резекции подвздошной кишки, при хроническом энтерите, постхолецистэктомическом синдроме. Чтобы избежать адсорбции лекарственных препаратов, лигнин, как и другие адсорбенты, необходимо принимать не ранее чем через 1 ч после приема других лекарств, обычно после еды.

К препаратам с преимущественным антисекреторным действием относят **ингибиторы простагландинсинтетазы** — фермента, обеспечивающего синтез простагландинов. Содержание простагландинов в кале и крови повышается при ряде заболеваний кишечника, сопровождающихся поносом, в частности при язвенном колите. К ингибиторам простагландинсинтетазы относят **салазонпрепараты** (**сульфасалазин, салазонпиридазин, салазодиметоксин, месалазин**), **ацетилсалициловую кислоту (аспирин), индометацин**.

Октреотид — синтетический аналог соматостатина — увеличивает скорость всасывания воды и электролитов, снижает концентрацию вазоактивных пептидов кишечника в крови и уменьшает частоту дефекаций, массу кала. Его назначают по 100 мкг подкожно 3 раза в день при тяжелой форме секреторной и осмотической диарей.

Никотиновая кислота в больших дозах оказывает противопоносное и антисекреторное действие. Антидиарейным эффектом обладают **кортикостероидные гормоны**.

Противопоносное действие в той или иной степени имеют **лекарственные травы**. Назначают отвары из *корневища лапчатки, корневища и корня кровохлебки, корневища змеиного, плодов черемухи, травы зверобоя, настоя плодов черники, соплодий ольхи, цветков ромашки и др.*

Слабительные средства и лечение запоров

Лечение запоров — сложная проблема. Прежде всего необходимо уделить внимание выявлению и лечению основного заболевания, без устранения которого невозможно добиться стойкой нормализации стула. При явлениях диспезий (запоров, связанных с нарушением акта дефекации) следует выработать рефлекс на дефекацию. Пациент не должен спешить. Утром нужно выпить стакан холодной минеральной воды, сделать гимнастику (втягивание и вытягивание заднего прохода, дыхание животом, движения ногами, имитирующие езду на велосипеде), массаж живота по ходу часовой стрелки. Большое значение имеет правильное питание. В рацион включают растительное масло, хлеб из муки грубого помола, каши из гречневой, пшеничной, перловой или овсяной крупы, вареные и сырые овощи, соки, фрукты, отруби. Число приемов

пищи должно быть не менее 4 раз в день. Не рекомендуется хлеб из муки высших сортов, слоеное тесто, жирные сорта мяса, копчености, консервы, острые блюда, шоколад, крепкие кофе и чай. Ограничиваются каши из манной крупы, риса, вермишель, картофель. При спастической дискинезии блюда из грубой клетчатки могут усугублять спазмы, поэтому сначала употребляют овощи в вареном виде, а затем постепенно включают блюда из сырых овощей.

В качестве *средств, регулирующих моторику кишки*, назначают реглан, церукал (по 10 мг 3 раза в день), эглонил (по 100 мг 2 раза в день). Хорошо действует физиотерапия (водные процедуры, парафиновые и грязевые аппликации на живот, фарадизация анальной зоны, ионофорез с различными препаратами — в зависимости от вида дискинезии, воздействие синусоидальными модулированными и диадинамическими токами). В ряде случаев эффективна иглорефлексотерапия. При отсутствии эффекта от этих воздействий назначают различные слабительные средства.

Слабительные средства действуют на разных уровнях.

Средства, тормозящие абсорбцию и стимулирующие секрецию: слабительные, содержащие антрахиноны (препараты сенны, ревеня, крушины, жостер; фенолфталеин, бисакодил, изафенин, депурафлукс, оксифенизатины и др.); касторовое масло; солевые слабительные (сульфат натрия, сульфат магния, соль барбара, карловарская соль, лаксигал и др.); сурфактанты (натрий- и кальцийдиоктилсукцинат). Механизм их действия сводится к торможению АТФазы, что ведет к увеличению секреции калия, блокированию всасывания воды и натрия.

Средства, способствующие увеличению объема содержимого кишечника (наполнители): морская капуста, льняное семя, агар-агар, регулакс, форлакс, порталак, мукофальк,

препараты метилцеллюлозы (лаксиплант, атиолак, кристоллак, ламинарид, доксидон и др.), отруби, неабсорбирующиеся полусинтетические полисахариды (лактолоза, ксилит, сорбит и др.). Они обладают способностью к набуханию и образованию ригидной слизи, а также некоторого количества лимонной кислоты, обладающей мягким послабляющим эффектом. Физиологическое действие так называемых балластных веществ, содержащих целлюлозу, пектины, гемицеллюлозу, лигнин, обусловлено связыванием растительных волокон с водой, органическими веществами и воздействием на кишечную флору. Они обеспечивают формирование гелеобразных структур, что влияет на опорожнение желудка, скорость всасывания и транзита в тонкой кишке, адсорбируют желчные кислоты, тем самым улучшая энтерогепатическую циркуляцию их, обладают антиоксидантным эффектом, регулируют всасывание минеральных веществ. Отсутствие балластных веществ в рационе питания может провоцировать развитие рака толстой кишки.

Средства, смазывающие слизистую оболочку кишечника: вазелиновое масло, миндальное масло. **Контактные средства:** глицериновые свечи, свечи регуваль, эдуктил, дантрон и др. В состав свечей регуваль входит слизь, богатая полисахаридами, особенно пентозами (ксилоза, арабиноза, рамноза), которые способны образовывать гели, увеличивающие объем и вязкость фекальных масс. В состав препарата включен экстракт ячменного солода — балластное вещество, увеличивающее содержание воды в кале. Свечи эдуктил, высвобождая газы, благоприятно действуют на терминальные запоры и хорошо переносятся слизистой оболочкой прямой кишки при длительном применении. Дантрон известен как мягко действующий стимулятор, влияющий преимущественно на нижний отдел толстой кишки. Совместное применение

доксидона и дантрона обеспечивает в ряде случаев терапевтический эффект у тех людей, у которых другие средства оказались безрезультатными.

Начинают лечение запоров с малых доз «наполнителей», которые подбирают индивидуально. Не следует сочетать солевые слабительные или касторовое масло с фенолфталеином, изафенином и производными антрахинона. У больных с склонностью к спазмам толстой кишки необходимо слабительные препараты назначать вместе с антиспазматическими средствами. При атонии кишечника к слабительным добавляют желчегонные препараты (производные деоксихолевой кислоты). Масляные слабительные противопоказаны при недостаточности поджелудочной железы.

В практике из антрахиноновых средств применяют такие препараты, как регулакс, сеннаде, бекунис, глаксена, кафнол, бисакодил. В качестве «наполнителей» дают ламинарид, аттиолакс, отруби. Часть препаратов можно назначать в виде настоев, отваров. Например, отвар или настой коры крушины или александрийского листа, плодов жостера — 1 столовая ложка каждого на 1 стакан кипятка, пить по 1/2 — 1 стакану в день; семя льна, семя подорожника — по 1 столовой ложке каждого на 1 стакан воды. Можно составить и другие слабительные сборы.

Для лечения диспезий наиболее эффективно применение «шипучих» суппозиториев (ферролакс, кальциолакс, свечи с лития карбонатом). В основе действия этих средств лежит образование углекислого газа в просвете прямой кишки.

С помощью комплексного лечения удается избавить большинство больных от хронических запоров.

Следует помнить, что длительное злоупотребление слабительными средствами вызывает различные побочные эф-

факты. Среди них отмечают аллергические реакции, лекарственную диарею, кишечную непроходимость и др. Однако особого внимания заслуживает меланоз толстой кишки, являющийся одним из самых специфических осложнений злоупотребления дериватами антрахинона. Указанные препараты вызывают пигментацию слизистой оболочки толстой кишки в результате влияния на лизосомы макрофагов как самой слизистой оболочки, так и нервной ткани кишки. При ректоскопии на неизменной слизистой оболочке видна темно-коричневая пигментация, являющаяся скоплением пигмент-содержащих макрофагов. Функциональные на первых порах изменения при длительном злоупотреблении слабительными могут переходить в тяжелое, необратимое поражение кишечника, когда толстая кишка превращается в инертную трубку. Поэтому назначать слабительные средства нужно с большой осторожностью, а если это все-таки необходимо, то применять их короткое время. Следует шире использовать сорбит и травы, обладающие послабляющим действием.

Применение клизм может вызвать привыкание к ним и усугубить нарушения регуляции функций кишечника. При правильном регулировании питания многие больные не нуждаются в применении слабительных средств.

В редких случаях упорных тяжело протекающих запоров, резистентных к проводимой консервативной терапии, приходится прибегать к резекции толстой кишки. Объем операции определяется локализацией и протяженностью участка кишки с функциональными нарушениями. Однако при слишком экономной резекции, особенно если патологический процесс не локализован только в сигмовидной кишке, часто наблюдаются рецидивы заболевания.

| Нормальные значения лабораторных показателей в применявшихся ранее единицах и единицах СИ

Показатели	Значения в ранее применявшихся единицах	Значения в единицах СИ
1	2	3

Биохимические исследования крови

Альбумин	3,6—5 г%	36—50 г/л
Аммиак плазмы	19—43 ммоль/л	19—43 ммоль/л
Белок общий	6,5—8,5 мг%	65—85 г/л
Билирубин общий	0,2—1,3 г%	3,4—22,2 ммоль/л
Билирубин прямой (конъюгированный)	0—0,02 мг%	0—3,4 ммоль/л
Витамин В ₁₂	200—800 нг/мл	148—590 нмоль/л
Гаптоглобин	44—303 нг%	0,44—3,03 г/л
Глюкоза плазмы натощак	65—110 мг%	3,58—6,05 ммоль/л
Гликолизированный гемоглобин	4,4—6,3 %	0,044—0,063
Железо общее	50—175 мг%	9,0—31,1 мкмоль/л
Железосвязывающая способность	250—450 мкг%	44,8—80,6 нмоль/л
Насыщение железом трансферрина	20—50 %	0,2—0,5

Продолжение табл.

1	2	3
Калий плазмы	3,3—4,9 ммоль/л	3,3—4,9 ммоль/л
Кальций общий	8,9—10,3 мг%	2,23—2,57 ммоль/л
свободный	4,6—5,1 мг%	1,15—1,267 ммоль/л
Креатинин	0,5—1,7 мг%	44—150 ммоль/л
Магний	1,3—2,2 мгэкв/л	0,65—1,1 ммоль/л
Медь (общая)	70—150 мкг%	11,0—24,3 мкмоль/л
Мочевая кислота	3,0—8,0 мг%	179—476 мкмоль/л
Натрий	135—145 ммоль/л	135—145 ммоль/л
Ферритин мужчины	36—262 нг/мл	81—590 нмоль/л
женщины	10—155 нг/мл	23—349 нмоль/л
Фолиевая кислота в плазме	1,7—12,6 нг/мл	3,9—28,6 нмоль/л
Хлориды	97—110 ммоль/л	97—110 ммоль/л
Холестерин нормальный	< 200 мг%	< 5,18 нмоль/л
умеренно повышенный	200—239 мг%	5,18—6,19 нмоль/л
увеличенный значительно	> 240 мг%	> 6,22 нмоль/л
ХС ЛПВП	27—98 мг%	0,70—2,54 ммоль/л
Церулоплазмин	21—53 мг%	1,3—3,3 ммоль/л

Гормоны сыворотки

Гастрин натошак	0—130 нг/мл	0—130 нг/мл
Инсулин натошак	5—25 МЕ/л	36—180 нмоль/л
Паратиреоидный гормон	4—9 мкэкв/мл	

Продолжение табл.

1	2	3
Тироксин, общий (Т ₄)	3—12 мкг%	39—155 нмоль/л
Тироксин, свободный	1.0—2.3 нг%	13—30 пмоль/л
Трийодтиронин (Т ₃)	80—200 нг%	1,2—3,1 пмоль/л
Тиреотропный гормон	0,45—6,2 мкМЕ/мл	0,45—6,2 мМЕ/л

Ферменты сыворотки

Амилаза	35—118 МЕ/л	0,58—1,97 мккат/л
Аминотрансферазы		
АЛТ	7—53 МЕ/л	0,12—0,88 мккат/л
АСТ	14—47 МЕ/л	0,18—0,78 мккат/л
Гамма-глутамил-транспептидаза		
мужчины	20—76 МЕ/л	0,33—1,27 мккат/л
женщины	12—54 МЕ/л	0,2—0,9 мккат/л
Креатинкиназа		
мужчины	30—220 МЕ/л	0,5—3,67 мккат/л
женщины	20—170 МЕ/л	0,33—2,83 мккат/л
Лактатдегидрогеназа	90—280 МЕ/л	1,50—4,67 мккат/л
Липаза	2,3—20 МЕ/л	0,38—33,3 мккат/л
Щелочная фосфатаза	38—126 МЕ/л	0,63—2,10 мккат/л

Биохимические исследования мочи

Амилаза	0,04—0,30 МЕ/мин	0,67—5,0 нкат/мин
---------	------------------	-------------------

Продолжение табл.

1	2	3
Белок	0—150 мг/сут	0—1,50 ммоль/сут
Кальций	0—250 мг/сут	0—6,25 ммоль/сут
Креатинин		
мужчины	1,0—2,0 мг/сут	8,8—17,7 ммоль/сут
женщины	0,6—1,5 мг/сут	5,3—19,3 ммоль/сут
Оксалаты	10—40 мг/сут	114—445 нмоль/сут
Порфирины		
копропорфирин	0—72 мкг/сут	0—110 нмоль/сут
уропорфирин	0—27 мкг/сут	0—32 нмоль/сут

Система свертываемости крови

Время кровотечения	2,5—9,5 мин	150—570 с
Продукты деградации фибрина	< 8 мг/мл	
Протромбиновое время	11,3—18,5 с	11,3—18,5 с
Фибриноген	150—360 мг%	1,5—3,6 г/л

Общий анализ крови

Гематокритное число		
мужчины	40,7—50,3 %	0,407—0,503
женщины	36,1—44,3 %	0,361—0,443
Гемоглобин		
мужчины	13,8—17,2 %	8,56—10,7 ммоль/л
женщины	12,1—15,1 %	7,50—9,36 ммоль/л

Продолжение табл.

1	2	3
Эритроциты		
мужчины	$(4,5-5,7) \cdot 10^6/\text{мкл}$	$(4,5-5,7) \cdot 10^{12}/\text{л}$
женщины	$(3,9-5,0) \cdot 10^6/\text{мкл}$	$(3,9-5,0) \cdot 10^{12}/\text{л}$
Цветовой показатель	0,85—1,05	0,85—1,05
Общее число лейкоцитов	$(3,8-9,8) \cdot 10^3/\text{мкл}$	$(3,8-9,8) \cdot 10^9/\text{л}$
Лимфоциты	$(1,2-3,3) \cdot 10^3/\text{мкл}$	$(1,2-3,3) \cdot 10^9/\text{л}$
Моноциты	$(0,2-0,7) \cdot 10^3/\text{мкл}$	$(0,2-0,7) \cdot 10^9/\text{л}$
Гранулоциты	$(1,8-6,6) \cdot 10^3/\text{мкл}$	$(1,8-6,6) \cdot 10^9/\text{л}$
Ретикулоциты	0,5—1,5 %	0,005—0,015
СОЭ		
мужчины	1—10 мм/ч	
женщины	2—15 мм/ч	
Тромбоциты	$(190-405) \cdot 10^3/\text{мкл}$	$(190-405) \cdot 10^9/\text{л}$
Иммунологические показатели		
IgA	91—518 мг%	0,91—5,18 г/л
IgM	61—355 мг%	0,61—3,55 г/л
IgG	805—1830 мг%	8,05—18,3 г/л
Комплемент общий	118—226 МЕ/мл	
C ₃	77—156 мг%	0,77—15,6 г/л
C ₄	15—39 мг%	0,15—0,39 г/л

Рекомендуемая литература

1. Аруин Л.И., Капуддер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триала-Х, 1998. 496 с.
2. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М.: Универсум, 1993. 398 с.
3. Мараховский Ю.Х. Стандартизация в гастроэнтерологии. Мн.: Медицинские новости, 1998. 32 с.
4. Михайлов И.Б. Клиническая фармакология. СПб.: Фолиант, 1998. 496 с.
5. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней органов пищеварения // Григорьев П.Я., Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И. и др. // Практикующий врач. 1998. № 2. С. 2—13.
6. Энциклопедия лекарств // Под ред. Ю.Ф. Крылова. М.: РАС-2000, 1998. 1072 с.

2.400 =

Справочное издание

Гончарик Иван Носифович

**ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ:
стандартизация диагностики
и обоснование лечения**

Справочное пособие

Ведущий редактор *Т.И. Войнова*

Редактор *В.А. Скоробогатая*

Художник *А.А. Савченко*

Художественный редактор *Е.Г. Дашкевич*

Техническое редактирование

и компьютерная верстка *Ж.М. Голиковой*

Корректор *Л.Б. Шшкевич*

Подписано в печать с оригинала-макета 04.04.2000. Формат 60×90 ^{1/16}
Бумага газетная. Гарнитура Таймс. Офсетная печать. Усл. печ. л. 4,5.
Усл. кр.-отт. 4,75. Уч.-изд. л. 6,08. Тираж 7000 экз. Зак. 5007.

Государственное предприятие «Издательство «Беларусь» Государственного комитета Республики Беларусь по печати. Лицензия ЛВ № 2 от 31.12.97. 220004, Минск, проспект Машерова, 11.

Типография «Победа». 222310, Молодечно, ул. В. Тавлая, 11.